

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE SALUD
(C I E S)

Nº 7/CIES
1988
32

Características de la Accesibilidad Geográfica y Funcional
de las Areas de Salud de la Región III

Tesis de Grado para Optar al Título de Maestro
en Administración de Servicios de Salud

ELABORADO POR:

LIC. TANIA PEREZ

DR. SALVADOR CARRILLO

TUTORES:

DRA. NIHLDA VILLACRES

DR. FREDDI MEYNARD

ASESOR: DR. JEAN PIERRE PAPART

MANAGUA, ABRIL DE 1988

1988: ¡ POR UNA PAZ DIGNA, PATRIA LIBRE O MORIR !

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
(C I E S)

CARACTERISTICAS DE LA ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA Y FUNCIONAL
DE LAS AREAS DE SALUD DE LA REGION III.

TESIS DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE MAESTRO
EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD.



ELABORADO POR:

LIC. TANIA PEREZ.

DR. SALVADOR CARRILLO.

TUTORES:

DRA. NIHLDA VILLACRES

DR. FREDDY MEYNARD.

ASESOR:

DR. JEAN PIERRE PAPART.

MANAGUA, ABRIL DE 1988

1988: ¡ POR UNA PAZ DIGNA, PATRIA LIBRE O MORIR!

I N D I C E

CAPITULO I	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
CAPITULO II	ANTECEDENTES, JUSTIFICACION E IMPORTANCIA
CAPITULO III	OBJETIVOS
CAPITULO IV	MARCO TEORICO
	4.1. Formación Económico-Social
	4.2. Período de Transición
	4.3. Organización Política de la sociedad
	4.4. Regionalización
	4.5. Servicios de Salud
	4.6. Determinación del proceso Salud-Enfermedad
	4.7. Salud-Enfermedad en las sociedades en transición.
	4.8. Regionalización en Salud
	4.9. Componentes de la Regionalización
	4.10. Condiciones básicas para la regionalización en Salud.
	4.11. Objetivos de la Regionalización en Salud.
	4.12. Aspectos operativos de la regionalización
	4.13. Administración y Regionalización.
	4.14. Niveles de Atención
	4.15. Determinación de Niveles de Atención
	4.16. Características operativas de los niveles
	4.17. Cobertura

4.18. Atención Primaria en Salud.

4.19. Componentes de la Atención Primaria en Salud

4.20. Contenido Operativo

4.21. Salud Para Todos en el año 2000 (SPT-2000)

CAPITULO V. METODICA

CAPITULO VI RESULTADOS

CAPITULO VII ANALISIS DE RESULTADOS

CAPITULO VIII CONCLUSIONES

CAPITULO IX RECOMENDACIONES

CAPITULO X BIBLIOGRAFIA

CAPITULO XI RESUMEN

CAPITULO XII ANEXOS

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los servicios de salud existentes antes del triunfo revolucionario se caracterizaron por su desintegración, por un abordaje de la problemática de salud de la población con un enfoque curativo, acorde con la lógica del sistema; dejando descubiertos amplios sectores de la población aún en una zona de concentración de servicios de salud, como es la del Pacífico.

El triunfo de la Revolución Popular Sandinista, ha permitido re-vertir esta situación con un plan de extensión de los servicios que estableció como requisito previo la Regionalización de los servicios de salud y su descentralización ejecutiva, ambos como elementos estratégicos para garantizar el futuro desarrollo de los programas de salud y su adecuación en cada territorio.

La extensión de cobertura fue concebida como una estrategia que permitiera transformar el modelo de atención que se había desarrollado en el somocismo con el propósito de "...contribuir a resolver los problemas de salud de la población nicaraguense,...", a través de la ampliación de la cobertura de atención primaria, el mejoramiento de la red del Sistema Único de Salud, la contribución a la consolidación del subsistema de referencia y contrareferencia y la ampliación de la cobertura de los servicios en el nivel de Atención Primaria.

La presente investigación pretende alcanzar una primera exploración al conocimiento de las características de la accesibilidad geográfica

fica en relación con algunos aspectos funcionales de los servicios de salud de las Areas de Salud de la Región III, dada su importancia como centro de concentración de población y por ende de servicios de salud en relación con el resto del país.

Por lo tanto nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las características de la accesibilidad geográfica y funcional de los servicios de salud de las Areas de Salud de la Región III?.

CAPITULO II. ANTECEDENTES, JUSTIFICACION E IMPORTANCIA.

II. ANTECEDENTES, JUSTIFICACION E IMPORTANCIA.

El documento más conocido en la literatura capitalista y que se tiene como original y básico que permitió el desarrollo de la regionalización, es el Informe Dawson publicado en Inglaterra en 1920, destinado según los autores, a organizar en el futuro la prestación de servicios médicos y otras prestaciones de salud, hecho posterior a la -- conformación en 1919, de un Ministerio encargado de la salud; en di-- cho informe se establece fundamentalmente que:

1. "La insuficiente organización no permite disponer para todos los ciudadanos, de los mejores métodos para mantener la sa-- lud y curar las enfermedades."
2. "La disponibilidad general de los servicios médicos sólo pue-- de asegurarse mediante una organización nueva, amplia y dis-- tribuida de las necesidades de la comunidad."
3. "La atención de especialidad y otros padecimientos implica-- tener más organización y más costo."
4. "La medicina preventiva y curativa no pueden separarse y son distintas facetas de un mismo proceso, que debe ser practica-- do en un mismo conjunto."
5. "Cualquier plan de servicios debe ser accesible a todas las-- clases de la comunidad, no se habla de gratuidad, sino que -- debe comprender todos aquellos servicios médicos que son ne--

cesarios para la salud de la población."

En el contenido de este informe es interesante destacar que según los autores se utilizó como modelo a seguir, la organización de los servicios médicos del ejército; es decir la forma en que se realiza la atención de los heridos de guerra desde el campo de batalla hasta los niveles más especializados, en que los servicios médicos se adecúan y organizan en función de la gravedad y urgencia de los pacientes.

Un aspecto importante a considerar es que el Informe Dawson se publica al terminar la Primera Guerra Mundial, pocos años después de la Revolución Rusa. Estos hechos permiten considerar que el mismo no es más que una respuesta que las clases dominantes de Inglaterra quisieron dar a la clase obrera de su país, en relación a la necesidad de introducir modificaciones en las organizaciones de los servicios de salud existentes.

Con ello y utilizando aspectos que en su forma podrían ser considerados como "socialistas", trataron de presentar estas ideas como propias de esa sociedad y desviar un tanto la atención de los profundos cambios sociales que estaban ocurriendo en la Unión Soviética. Todo esto se hace evidente cuando se observa que solamente hasta 1948, después de finalizada la Segunda Guerra Mundial, es que se inició la aplicación práctica de las recomendaciones del Informe Dawson, al constituir las mismas, la base para establecer el Servicio Nacional de Salud de dicho país.

A. F. Serenko y V. V. Ermako (1) refieren que en el año 1864 - se instituye en la Rusia Zarista los Zemstvo, o administración autónoma local encabezada por la nobleza en las provincias centrales, que - aunque no formaba parte de un centro único de organización que se ocupara de las cuestiones médico-sanitarias de todo el país, tenía bajo su responsabilidad la asistencia médica en veinticuatro de las ochenta y nueve provincias.

Cabe mencionar que con el triunfo de la revolución democrático burguesa que se produjo en Rusia en Febrero de 1917, el Congreso Extraordinario de la sociedad " N. I. Pírigor" celebrado del cuatro al ocho de Abril de 1917 se pronunció por una intervención mínima de parte de los órganos gubernamentales en el servicio médico-sanitario, y porque éste estuviera dirigido por los Zemstvo democratizados en las provincias y las ciudades y por las cajas hospitalarias autónomas.

Posteriormente el once de Julio de 1918 fue promulgado el decreto del Consejo de Comisariados del Pueblo de la RSFSR, firmado por V. I. Lenin sobre la institución de dicho comisariado, órgano de dirección única de toda la Salud Pública del país, organizado por primera vez en el mundo.

La regionalización en los países socialistas está vinculada a todas las actividades de producción y servicios de salud porque es -- una política de organización estatal; es más el proceso de regionalización ha llegado hasta la sectorización, que hace que todo el territorio de las ciudades y localidades esté dividido en sectores médicos,

con población definida y que sintetiza los principios terapéuticos y profilácticos.

El principio sectorial acerca la ayuda médica cualificada al enfermo, a su comunidad y al lugar de trabajo; la definición territorial no sólo demuestra la integridad del trabajo profiláctico y terapéutico sino también la del servicio hospitalario y extra-hospitalario.

El proceso continuo de desarrollo de los servicios de salud ha ido evolucionando de acuerdo a las necesidades, a las condiciones de salud, a los intereses de la clase dominante, determinados por la totalidad social (Formación Económico-Social), donde se implanta, crece y se reproduce.

Es obvio que la Formación Económico-Social Capitalista, en su fase Imperialista en los momentos actuales, ya no es capaz de resolver y satisfacer las necesidades de la humanidad y podemos apreciar que sus contradicciones van generando crisis económicas cada vez más agudas que hacen que los países dependientes de los países imperialistas busquen caminos de liberación y transformación dirigiendo sus esfuerzos a la construcción de una Formación Económico-Social superior.

La acumulación originaria del capital trajo consigo en Europa características violentas en cuanto a las grandes masas de campesinos -- expulsados de su lugar de trabajo que no se ubicaron en la manufactura y que constituyeron masas de desocupados. La medicina interviene en este hecho a través de un financiamiento de instituciones como así

los, casas de trabajo, hospitales en donde se trata de crear hábitos de disciplina y orden necesario para el trabajo individual, estas -- instituciones por eso no pueden considerarse estrictamente médicas, -- pero son la base para el desarrollo de una nueva medicina y cirugía, así como de servicios de salud aún dispersos.

En América Latina la acumulación originaria del capital tuvo un camino lento y a la vez la medicina no tuvo como objeto de su práctica grandes poblaciones desplazadas. Los hospitales de indios durante la independencia tuvieron desarrollo precario, ni la medicina ni los servicios de salud tuvieron un desarrollo importante.

Los cambios en las condiciones generales del proceso social de producción, esto es, medios de comunicación y transporte por el pago de manufactura barata a la gran industria, influyeron en las formas -- de medicina y servicios de salud, como por ejemplo la cuarentena, e instituciones para controlar los peligros de enfermedades transmisibles, son los primeros indicios de servicios de salud a cargo del Estado.

Además la división del trabajo internacional con el fin de -- aumentar la cantidad de trabajo suministrado por el mismo número de obreros, sin que se modifiquen las formas de trabajo, en América Latina se expresaron en instituciones para la lucha contra la malaria y la anquilostomiasis. La medicina y sus instituciones tomaron a -- cargo las consecuencias de la intensificación del trabajo y este, se desarrolla de igual manera en los servicios de salud.

En 1933 en Chile, se reglamentó zonas hospitalarias y se divi
dió al país en doce zonas, con un médico jefe de la ciudad sede y -
en cada zona desarrollarían los servicios de medicina preventiva y
profilaxis de enfermedades prevenibles. Esto fue perfeccionado en
1952 con la creación del Servicio Nacional de Salud que incorporó ---
además los servicios del Seguro Social.

En 1936, en el Estado de Maine de los Estados Unidos de América,
se fundó el "Binghan Associates Funs" que incorporó los Hospitales
Regionales a treinta y ocho hospitales de la comunidad, fue el
primer programa de regionalización; posteriormente extendido a otros
estados, finalmente en 1947 se dictó la Ley Rill Burton por la que -
para conseguir fondos para construir hospitales, estos deben estar -
regionalizados. En 1965 se completó la regionalización utilizando -
un parámetro de división geográfica y se integran todos los hospitales
e instituciones de salud alrededor de un centro docente universitario
y aparece una descentralización de la atención médica primaria
y una centralización de la atención médica secundaria.

En 1946, en Venezuela se puso en marcha lo que se ha conocido
como Servicios Operativos de Salud Pública, en la que se establece
un sistema regional de salud cuya base es un hospital regional y --
que funciona a través de una red de Centros de Salud, Hospitales Rurales
y Medicaturas Rurales. No se incorporó al Seguro Social, -
este sistema estableció una excelente cooperación técnica, administrativa
y financiera entre el Ministerio de Salud, Asistencia Social,

el gobierno en los niveles correspondientes y las beneficencias locales.

Como se dejó dicho antes, en la Unión Soviética, a partir de la Revolución de Octubre se conformó un Sistema Nacional de Salud, -- agrupándose en él, a todas las instituciones de salud.

En Cuba, al triunfo de la Revolución Cubana, también adopta la regionalización del Estado como política y subsecuentemente en el -- sector salud.

Actualmente la regionalización se practica en la mayor parte -- de los países del mundo, pero no siempre responde a los mismos objetivos, y a los mismos conceptos de organización.

Nicaragua, un país sub-desarrollado, con una economía depen-- diente impuesta por el Imperialismo, donde el desarrollo del capitalismo permitió el enriquecimiento de la burguesía, la explotación de nuestros recursos a costa del sometimiento, la expropiación y explotación del pueblo nicaraguense, y donde el bienestar social estaba -- dirigido a favorecer a la clase dominante, tanto que los planes y -- programas sociales elaborados por el Estado durante la Dictadura Somocista siempre fueron orientados hacia la protección y aseguramiento del hombre como fuerza de trabajo.

A dichas condiciones de explotación, se suma un estado cuya or ganización y funcionamiento permitían la corrupción administrativa y el despilfarro que deterioraban aún más nuestra economía, dando como resultado una clase dominante en el poder que cada día se enriquecía

más a través de la sobre-explotación de los trabajadores y una clase dominada sin la más mínima prestación de servicios para la satisfacción de sus necesidades económicas y sociales.

La Dictadura Somocista a través de una multiplicidad de instituciones ofrecía a nuestro pueblo servicios de salud, que sólo atendían a un sector minoritario de la población nicaraguense.

En los años 1950 - 1960, se vitalizan las características principales de la economía agroexportadora del país, alrededor del cultivo del algodón cuyo empuje dinamizó la economía a la vez que generó - una voluminosa fuerza de trabajo; la cual no requería ni necesitaba, - para el capitalista y para el Estado Somocista, de cuidados para su reproducción y efectos prácticos de la producción. El desarrollo de la capacidad productiva no incidió en ninguna mejoría de los niveles de salud de los trabajadores estacionarios y el Estado no crea ni desarrolla ningún programa de salud o educación especial para el campo. Peor aún era la situación en aquellos lugares del país donde la economía agroexportadora no estaba presente.

Durante el período 1961-1972 la alternativa del proyecto de Integración Económica Centroamericana se comienza a implementar como -- parte de la estrategia desarrollista, anti-insurreccional de la Alianza para el Progreso.

Simultáneamente a este proyecto económico, estaba ligado otro - de desarrollo social en las áreas rurales donde las actividades guerrilleras del Frente Sandinista de Liberación Nacional (FSLN) se for-

tales, impulsado directamente por la gestión estatal y con la asesoría norteamericana; y dentro de esta línea se inicia el Programa de Unidades Móviles de Asistencia Rural (PUMAR) designado a proveer mayor alcance en áreas rurales y la incorporación de médicos recientemente graduados y resto de personal médico dentro del programa de la Ley de Servicio Social Obligatorio de Nicaragua.

En 1973, el desuso e ineficiencia del programa incitó a la United States Agency for International Development (USAID) a proponer una donación con miras a solucionar los problemas surgidos a través del Programa Rural de Acción Comunitaria en Salud (PRACS) que buscaría el incremento del uso, organizando la participación colectiva; y en 1977 el programa Plan Nacional de Saneamiento Rural (PLANSAR) que se plantea "... mejorar las condiciones de salud de pequeños agrupamientos (50 a 300 habitantes) del medio rural, mediante la instalación de pozos sanitarios equipados con bombas de mano, construcciones de mini-acueductos y letrinas, así como desarrollar programas de vacunación en las comunidades." (2)

El diecinueve de Julio de 1979, triunfa la Revolución Popular Sandinista y comienza para Nicaragua una nueva etapa de su historia que deja atrás la explotación y dominación imperialista.

A raíz del triunfo, y para empezar a hacer realidad el contenido del Programa Histórico del Frente Sandinista de Liberación Nacional e iniciar las modificaciones socio-económicas de la población nicaraguense, se crean las bases de un Estado Revolucionario, popular,

democrático y antimperialista que garantice las conquistas obtenidas con el triunfo y a la vez conduzca a la conformación de una nueva sociedad; así conforma su estructura creando las bases políticas y jurídicas para su funcionamiento, a la par sienta las bases para la reconstrucción y reestructuración de la economía resolviendo primero necesidades urgentes, orientadas a proteger y procurar el bienestar social de nuestro pueblo de acuerdo a las posibilidades socio-económicas concretas de un país con una economía destrozada por los somocistas y por la guerra de liberación.

La salud adquiere un valor reivindicativo a resolver de inmediato, por lo que el ocho de Agosto de 1979 la Junta de Gobierno de Reconstrucción Nacional crea el Sistema Nacional Unico de Salud, como instrumento para cumplir el programa revolucionario que determina elevar en forma sustancial el nivel de salud y bienestar del pueblo, con ello se eliminan estructuras anacrónicas que podrían obstaculizar el desarrollo del progreso revolucionario en el campo de la salud.

El Sistema Nacional Unico de Salud (SNUS) para su funcionamiento adopta principios y políticas que guíen su trabajo y define que la salud es una responsabilidad del Estado, a la vez que un derecho de todos los Nicaraguenses y por tanto los servicios de salud deben ser asequibles a todo el pueblo.

Estos principios y políticas le dan a la atención de salud un carácter integral, priorizando la atención del binomio madre-niño y a los trabajadores, los que juntos constituyen la base de la repro-

ducción social y económica de la nueva Nicaragua.

Para concretizar algunos principios y políticas se retoman com promisos ya adquiridos por Nicaragua antes del triunfo revolucionario como es la estrategia de Atención Primaria, siendo el nuevo estado revolucionario a través del Sistema Nacional Unico de Salud quien sienta las bases para su implementación en todo el país, permitiendo una integración en la prestación de servicios básicos de salud.

A partir de los años 1980 y 1981 el Ministerio de Salud es uno de los primeros entes estatales que inicia el esfuerzo por ejercer su gestión sobre territorios geográficamente establecidos y adopta el sistema de regionalización que permite la descentralización técnica y administrativa; por tanto acompañado de descentralización de la dirección, situando funcionarios al frente de la responsabilidad de cada región y de esta manera poder dar respuesta a los problemas desde una posición más cercana a la realidad.

El Sistema Nacional Unico de Salud (SNUS), para materializar la regionalización organiza:

a. Niveles técnico-administrativos que son:

-Nivel Central. Que define las políticas nacionales y normatiza.

-Nivel Regional. Donde se adaptan las estrategias.

-Nivel de Areas de Salud. Donde se ejecutan las estrategias y programas de salud, en

interrelación dialéctica con --
niveles de atención definidos.

- b. Niveles de atención de acuerdo a la complejidad de los mismos, constituidos por una red de servicios de salud (Hospitales, Centros de Salud, Puestos de Salud).

Con el triunfo revolucionario se establece también la necesidad de extender la cobertura de los servicios de salud a toda la población. Como producto lógico de la extensión de cobertura el Sistema de Salud ha desarrollado, tanto en extensión como en profundidad, una red física de servicios en las noventa y seis Áreas de Salud conformadas las que comprenden un número determinado de población.

La descentralización técnico-administrativa enfrentó tanto la limitación de los recursos necesarios (en calidad y cantidad) para la reestructuración de los equipos de dirección, como las contradicciones con la organización político-administrativa del estado, que aún conservaba las antiguas estructuras departamentalizadas.

Igual ocurrió con la organización por niveles de atención de complejidad creciente, ya que se tuvo que partir de las estructuras existentes, las cuales fueron creadas con otros fines y con lógica distinta a la que se impulsaba en el nuevo proceso de desarrollo.

Para 1982 la Junta de Gobierno de Reconstrucción Nacional de-

crea la nueva organización político-administrativa del país la cual coincidió en alto grado con la desarrollada por el Ministerio de Salud lo que permitió a la institución disminuir las dificultades existentes hasta el momento.

En este contexto se establecieron las comunicaciones necesarias para el fortalecimiento del sistema de salud, especialmente en el Area de Salud. Ya meses atrás y como consecuencia lógica de la experiencia acumulada principalmente en atención primaria, se venía discutiendo la forma de organizar mejor los programas del Area de Salud, los que debían basarse fundamentalmente en una organización científica de los servicios, con una unidad administrativa básica responsable, a su nivel, por todas las acciones de salud.

Así en el año 1982, se implementa el Plan Integral de Actividades de Areas de Salud (PIAAS) como estrategia de gestión del Area de Salud que tiene como objeto principal armonizar todos los programas de salud del Ministerio de Salud, constituyéndose en un instrumento con el que se persigue el mejoramiento de la capacidad operativa de los servicios elevando para ello la organización de los servicios de salud del primer nivel de atención de tal forma que obligue a crear toda una mecánica de trabajo que conjugue la extensión de cobertura, organización de la atención integral de la salud y participación de la comunidad, que por un lado favorezca la aplicación más científica de la gestión y por otro realice la profundización de la regionalización a través de la sectorización, todo ello facilitado por sus prin

cípios de subordinación territorial, de acuerdo a criterios de accesibilidad de los servicios de salud, densidad poblacional y participación popular.

Actualmente el Puesto de Salud inicia la cadena de prestación de servicios, funcionando más por la demanda de la población que por la oferta y demanda en la comunidad.

Los Centros de Salud con cama se desarrollaron principalmente para la resolución de los problemas de salud que requerían servicios de hospitalización en las zonas rurales y han estado fundamentalmente dirigidos al binomio madre-niño.

La extensión de los servicios a las zonas más alejadas del país se realizó desde los primeros meses de 1980 y el desarrollo vial y de transporte aumentó las posibilidades de acortar las distancias en tiempo así como el hecho de que la institución estuviera dotada de un parque automotor que permitiera aumentar su capacidad de llevar servicios lo más próximo posible al usuario; sin embargo, algunos factores limitan la accesibilidad a los servicios.

En la Región III en particular, la regionalización del Ministerio de Salud así como la del Estado, se da existiendo una estructura regional sumamente débil en relación con la complejidad de la misma.

Entre 1981 y 1984 funciona "...como una estructura con funciones de 'tramitadora' de las unidades hacia el Nivel Central; es decir una-

estructura con pobre desarrollo y un importante grado de centralización de los recursos a nivel central, de manera que tenía poca capacidad resolutoria frente a los problemas de las unidades."

Cuando se regionaliza el gobierno se establece con claridad -- una primera división geopolítica en la región que define territorios con una población que obedecía al plan rector general del Ministerio de Salud de 30,000 habitantes, lo cual no se pudo cumplir por lo que se adecuaban las Áreas de Salud más bien en función de la infraestructura existente y no respondiendo a las necesidades de la población.

Para la administración del Estado, la Región se divide en 14 -- zonas geopolíticas, en las cuales el Ministerio de Salud organiza 18 Áreas de Salud, adecuándose a la división zonal presentada por el gobierno y conformada por 10 zonas urbanas y 4 zonas rurales.

Como una profundización de la regionalización se llevó a cabo la sectorización, pretendiendo acercar la atención de salud a la población y se establecieron 228 sectores, 172 para el área urbana y -- 56 para el área rural; aunque en la actualidad se trabaja en función no de los sectores inicialmente definidos en cada Área de Salud, sino de los barrios que la conforman.

"Los intentos de hacer congruente la red de servicios han tenido en su desarrollo una serie de obstáculos que han partido desde la misma forma como se concibió el Sistema de Salud desde antes del -- triunfo de la Revolución..."

"Con el triunfo revolucionario se pretendió darle congruencia al sistema impulsando Areas de Salud y desarrollando las unidades hospitalarias bajo una concepción distinta; sin embargo cada nivel sigue inmerso en su particularidad aún cuando se dan intentos de articular las diversas formas de atención."

La accesibilidad de los servicios de salud a la población que necesita la atención, es un principio de la regionalización el cual implica existencia del servicio, amplitud del mismo y disponibilidad en cantidad y calidad apropiadas para satisfacer las necesidades.

La prueba del acceso a los servicios, por otra parte, es el uso mismo del servicio y no simplemente su existencia.

Lo anterior significa que para dar realmente acceso a los servicios no basta con ubicarlos geográficamente, sino que es necesario remover las barreras de orden social, económico, cultural, de organización, etc., que impiden o limitan el libre acceso de la comunidad a esos servicios.

En la Región III se observa un desconocimiento científico de la accesibilidad como elemento de partida en el diagnóstico del Area de Salud, lo cual resulta de gran importancia en esta región dada su complejidad, máxime si se considera su concentración de población y servicios de salud.

CAPITULO III. OBJETIVOS

III. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar las características de la relación existente entre la accesibilidad geográfica, los aspectos funcionales de las unidades de salud y la cobertura de los servicios en las Areas de Salud de la Región III.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

3.2.1. Identificar la accesibilidad geográfica a los -- servicios que ofrecen las Areas de Salud de la -- Región III.

3.2.2. Identificar algunos aspectos funcionales de las -- unidades de salud de la Región III.

3.2.3. Identificar la cobertura de los servicios en las Areas de Salud de la Región III.

3.2.4. Establecer relaciones comparativas entre las -- Areas de Salud estudiadas en la Región III, en función de la accesibilidad geográfica y los aspectos funcionales y la cobertura de los servicios.

CAPITULO IV. MARCO TEORICO

IV. MARCO TEORICO

4.1. FORMACION ECONOMICO SOCIAL

GENERALIDADES.

Los aspectos sociales, políticos y económicos de las sociedades y de los individuos, están determinados por el tipo de Formación Económico Social, en la cual están inmersas las relaciones de producción dominantes, el tipo de sociedad sobre los medios de producción y el desarrollo de las fuerzas productivas que determinan las contradicciones fundamentales, los antagonismos de clase y de igual modo caracterizan determinado tipo de sociedad.

Siendo la Formación Económico Social (F.E.S.) un organismo social único, un sistema de fenómenos y relaciones unidas, internamente dependientes los unos de los otros; cada uno de sus componentes no debe ser considerado aislado, sino en relación con los demás fenómenos sociales, pues cada uno de ellos desempeña un papel determinado y específico en el funcionamiento y desarrollo de la sociedad.

Tanto la base (estructura económica, relaciones de producción) y la superestructura (ideas, instituciones y relaciones sociales) son elementos estructurales fundamentales de toda FES.

"En toda sociedad dividida en clases (esclavismo, feudalismo, capitalismo), las clases sociales son el resultado de causas económicas, cuyo origen es la división del trabajo en el seno de la sociedad y de cada grupo social. Este hecho ha generado a lo largo de la historia la lucha de clases, por la situación compleja de cada --

una de las clases y la contradicción de sus intereses, ya que la que ocupa la situación dominante de una sociedad concreta, instaura su dominio político, y promulga leyes que protegen su hegemonía económica, política e ideológica. La lucha de clases se da en estos tres aspectos.

A lo largo de la historia se han sucedido revoluciones que han cambiado a las sociedades desde el Comunismo Primitivo. En la actualidad la revolución social pretende transformar el Capitalismo en Socialismo. " (3) ✓

4.2. PERIODO DE TRANSICION

La lucha de clases entre la burguesía y el proletariado, tiene su culminación cuando por medio de la revolución social se acaba con el poder burgués, toma el poder la clase obrera para conformar un nuevo tipo de organización política de la sociedad que le permita garantizar el camino a la transición de un estado a otro, a una Formación Económico-Social cualitativamente superior. En nuestra época del Capitalismo al Socialismo y de éste al Comunismo. Toda sociedad necesita pasar por este período para ajustar el desequilibrio alcanzado por las contradicciones entre el nivel de desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales que conforman una nueva sociedad; se concentra en él con mayor intensidad tanto el desarrollo de las condiciones objetivas como la intervención consciente de la sociedad.

El período de transición tiene como punto de partida la toma -

del poder, con el cual se destruye el estado anterior (forma de gobierno y aparato represivo). El nuevo estado tiene ante sí tareas como la independencia política y económica a la par de crear las condiciones necesarias para la construcción de una formación económico-social superior.

"Se puede distinguir en este período, dos sub-períodos: Democrático, popular y antimperialista; y de transición propiamente dicho, en donde se sustituyen definitivamente las relaciones sociales de producción capitalista; entendiéndose estos dos procesos dialecticamente. Los estados correspondientes a estos sub-períodos tendrán entonces estas características y sus funciones se supeditan de igual manera a las tareas correspondientes, así mismo la participación -- de las fuerzas motrices que van cada día consolidándose." (4)

4.3. ORGANIZACION POLITICA DE LA SOCIEDAD

La esfera política de una sociedad comprende diversas organizaciones e instituciones sociales siendo la más importante el estado -- que se constituye en la organización del orden político de la clase dominante y está determinada por la actitud de esta clase con respecto a las demás.

El estado es la superestructura que se alza sobre la base económica, se organiza para defender los intereses principales de las -- clases en el poder, es un sistema de instituciones, organismos que -- regulan las relaciones políticas entre las clases, las naciones y -- los estados; aparece cuando la sociedad llega a una determinada fase

que presentan entre sí contradicciones indisolubles, con antagonismos irreconciliables e intereses distintos; es producto y manifestación del carácter irreconciliable de las contradicciones de clase, es un órgano de agresión de una clase por otra, la creación del "orden" que legaliza y afianza esa opresión amortiguando los choques entre las clases." (5)

El estado clasista actúa como instrumento de dirección y gobierno de la clase dominante y en relación a los opositores de esta clase, como instrumento de cohesión y violencia.

Las características del estado son: división territorial que considera tanto el territorio como la población que existe en él; poder público, en el que se enmarcan los destacamentos armados (ejército, policía), aditamentos especiales como cárceles e instituciones de cohesión; órganos de poder del estado, en éste se inscribe todo lo relacionado al gobierno, impuestos, leyes.

Las direcciones principales de su actividad en las que se manifiesta su esencia de clase y las etapas de su desarrollo son:

- Internas. Orientadas a asegurar la protección del régimen existente, la hegemonía de las clases dominantes y el gobierno de la sociedad.
- Externas. Son las llamadas a asegurar la defensa del estado, su prestigio y su influencia en el plano internacional y sus relaciones con otros estados, la defensa de otros estados con idéntica -

esencia de clase o de tipo muy semejante con respecto a estados an
tagónicos, incluso la extensión de su territorio a expensas de --
otros países.

"La gestión es una forma de administrar conscientemente la so
ciedad y sus subsistemas con el objetivo de alcanzar determinados -
resultado; nace como esfuerzo colectivo e inherente a la actividad
productiva del hombre y está supeditada al origen, desarrollo y na-
turaleza específica de las formas particulares que históricamente --
adopta el proceso de producción y sus objetivos. Para esto es im--
prescindible el conocimiento científico de la sociedad como sistema
y el dominio de las leyes y principios que gobiernan en todo los ni
veles de dicho sistema.

En las sociedades en transición, los procesos administrativos
llevan en sí el carácter y el interés de las transformaciones que -
se operan en la superestructura y en la base.

"La gestión o administración no está limitada a la esfera de -
la producción, sus leyes principios y reglas son igualmente extensi-
bles a esferas tan diversas como los servicios, ciencias, salud pú-
blica, educación, la producción, el estado, etc." (6)

4.4. REGIONALIZACION

"Es un concepto amplio referido a la gestión en la planifica-
ción, organización y dirección del estado. Se puede aplicar tanto
para la gestión de las distintas ramas y sub-ramas que conforman -

las actividades de producción y servicios de la totalidad de una sociedad como en la forma particular de un sector." (7)

Es un conjunto de procedimientos que se aplican tanto de acuerdo a las características de las distintas formaciones económico -so- ciales, tanto geográficas como demográficos, productivos, encamina- dos a lograr el desarrollo socio-económico y cultural de la misma y por otro lado contribuir a éste, mediante las distintas interrela- ciones que se producen entre los diferentes sectores y servicios -- existentes. Implica procesos de descentralización y centralización que permitan un desarrollo armónico de cada territorio, de cada rama de la economía, que a la vez organizan funcional e institucionalmen- te tanto las unidades de producción o de servicios específicos a ca- da uno de los sectores de la economía de manera global.

Este proceso es recogido por leyes y principios correspondien- tes a la Formación Económico-Social donde se inserta.

La regionalización es un mecanismo de descentralización. Des- centralizar regionalizando, consiste en realizar las divisiones te- rritoriales necesarias hasta el nivel que por economía de escala e - impacto epidemiológico social se determine, teniendo éste el papel rector.

Se considera que la descentralización supere la transferencia de poderes desde el nivel central a una autoridad de un área o de - una función especializada, con distinta personería jurídica. Por -

otra parte, se distingue dicha descentralización de la desconcentración que es el equivalente de lo que habitualmente se entiende por descentralización administrativa, es decir, el traspaso de atribuciones o responsabilidades de ejecución a niveles inferiores dentro del gobierno central y de sus agencias. La desconcentración puede ser geográfica o funcional y cuando es más que una mera reorganización, otorga niveles de discrecionalidad de los Agentes Nacionales a nivel local para planificar e implementar programas y proyectos o para ajustar las directivas del nivel central a las condiciones locales, dentro de los lineamientos estipulados por el Ministerio Central o sus Agencias.

El concepto de descentralización en el campo de la salud está necesariamente vinculado con la dimensión territorial o espacial. Esta supone la coincidencia de un determinado espacio, de un conjunto de recursos de población y de las tecnologías apropiadas para la atención de la salud. Dicho concepto de territorio está ligado a la conformación de un equipo de profesionales de la salud con una dirección que responde por el logro del objetivo de impactar con los servicios descentralizados, en la población y sus problemas de salud.

La regionalización es la división del país en áreas geográficas donde se escalonan (regionalizan funcionalmente) los servicios de salud. Difiere de la descentralización en que no tiene implícita la transferencia hacia las regiones o niveles inferiores de la

función de la toma de decisiones. En este sentido, puede ser compatible tanto con la centralización como con la descentralización.

4.5. SERVICIOS DE SALUD

A lo largo de la historia de la humanidad la salud ha constituido un problema a solucionar en todas las Formaciones Económico-Sociales que han transcurrido a lo largo del tiempo, desde el comunismo primitivo hasta pasar por el esclavismo, feudalismo, capitalismo y socialismo han tomado diversas concepciones de acuerdo a la esencia de esas sociedades y la evolución científico-técnica de la humanidad.

Se parte del criterio que del tipo de relaciones sociales de producción de una determinada formación socio-económica, depende el concepto de salud-enfermedad y que el mismo ha ido variando en sus concepciones de acuerdo a los cambios en la estructura económica y los intereses sociales, de la clase dominante.

"El proceso salud-enfermedad es un movimiento de la materia -- que está condicionado a la relación que establece el hombre con la naturaleza mediado por el proceso de trabajo en el que se expresa la reproducción y cambio de una formación económico-social con un determiando modo de producción dominante. Es definido por los fenómenos biológicos del individuo, por las relaciones recíprocas que establece con los sistemas ecológicos en donde realiza los procesos vitales y sociales, por sus formas de conciencia y conducta de acuerdo a la clase o grupo social al que pertenecen, teniendo en cuenta las rela-

ciones, nexos, interrelaciones materiales de estos, condicionados por los condicionamientos económico-sociales que genera el proceso del -- trabajo y que define sus condiciones de vida, en un espacio y tiempo de un momento histórico determinado." (8)

4.6. DETERMINACION DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

La determinación del proceso salud-enfermedad se establece mediante leyes de carácter general, particular y singular.

A nivel general las leyes de la dialéctica, por las del desarrollo histórico de la sociedad que nos permiten explicar el perfil epidemiológico de una sociedad concreta y su relación con los procesos -- que se reproducen y con los que en su interior empujan un cambio.

A nivel particular se comporta de acuerdo a la división de la -- sociedad en clases y grupos sociales y cada uno de ellos tiene una -- forma particular de insertarse en el momento de reproducción y cambio general de la sociedad, este momento de reproducción se expresa en to das las dimensiones de la existencia humana, en su vinculación al tra bajo, a las formas de conciencia y de conducta, a las relaciones con el medio ambiente y a sus propias características biológicas y el con junto de procesos mediadores de las cuales se expresa en cada clase -- la determinación de lo general.

4.7. SALUD ENFERMEDAD EN LAS SOCIEDADES EN TRANSICION.

Las diferentes revoluciones sociales generadas en este siglo, --

desde la revolución de Octubre, Cuba, Mozambique, etc., muestran que durante su período de transición a una forma de sociedad superior, presentan regularidades que a continuación se describen:

- La conformación de sistemas de salud nacionales como instrumentos para viabilizar el derecho de salud a partir del estado.
- Incremento de lucha de clases que en salud se expresa:
 - a. Negación del nuevo sistema de salud y a través de él, al nuevo estado.
 - b. A nivel de profesionales y en especial médicos, en la prestación de servicios (mal trato), en la definición de sus asociaciones de profesionales y fuga de profesionales..
- En la fase de recuperación que se establece posterior a la victoria se observa:
 - a. Para el Estado, una potencialización de la participación popular.
 - b. Para la población organizada una experiencia de acciones organizadas que produce una potencialización revolucionaria que es la velocidad imprimida a las transformaciones, en sentido horizontal y vertical se multiplica actividades.
- Aplicación de tecnologías disponibles que además corrige las distorsiones tecnológicas ocasionadas, por la producción capitalista.
- Defensa de la Revolución frente a los ataques interiores y exteriores que a la par del perfil diferenciado de clase se asocia un perfil epidemiológico de la agresión.

Se plantean diferentes hipótesis que se pueden expresar así: En la transición la salud es un campo privilegiado de lucha de clases en

términos positivos de implantación de un proyecto revolucionario y en la satisfacción de parte de las necesidades populares básicas; sea en términos negativos en la lucha ideológica contra la revolución. Salud es un campo privilegiado para la formación de una nueva conciencia permitiendo experiencias colectivas de solución de problemas. Salud es un espacio de afirmación de la hegemonía política de la revolución.

4.8. REGIONALIZACION EN SALUD

El concepto es de procedimiento básico en la estructura organizativa de un sistema nacional de salud, se define como el resultado de unidades de producción, servicio y formación de recursos humanos para la salud con el propósito de elevar el nivel de salud de la población con la óptima utilización de recursos y medios existentes para estas actividades en un área geográfica y población determinada.

Lleva implícito la interrelación entre los aspectos económicos, políticos y sociales constituyéndose en elemento importante de la planificación.

4.9. COMPONENTES DE LA REGIONALIZACION

" a. Area Geográfica.

Un primer problema a considerar es el tamaño de la región, que variará según se trate del país, sea de gran concentración industrial o de gran dispersión agrícola. Una región económica-social se caracteriza porque existe una comunidad de inte-

reses alrededor de la producción de bienes y de los centros de distribución e intercambio que existen.

b. Magnitud poblacional.

Variará en relación con el índice de habitantes por kilómetro cuadrado y el tamaño de la población del país.

c. Accesibilidad geográfica.

Más importante que el tamaño geográfico o poblacional es la distancia que media entre los sitios de residencia de la población y los sitios en que los servicios de salud están instalados y esa distancia más que en kilómetros debe ser medida en tiempo de transporte. A este criterio apoya las necesidades que existen de un buen sistema de comunicación y de información que permite el conocimiento del público y del personal, para que las personas concurren al lugar más adecuado, de acuerdo a las necesidades de salud y donde hay mayor accesibilidad en relación con su residencia." (9)

Para efectos de esta investigación se considera como parámetro de la distancia en tiempo, una hora; máximo de tiempo aceptado para que una población se traslade hasta la unidad de salud. Así mismo en lo relativo al transporte, que afecta la accesibilidad por los tiempos de espera y traslado, se considerará que el recorrer distancias de más de quinientos metros a pie implica lejanía desde la comunidad a la unidad de salud o desde una estación de cualquier tipo de transporte.

4.10. CONDICIONES BASICAS PARA LA REGIONALIZACION EN SALUD.

1. Existencia de un sistema único de salud o los llamados --- "Sistemas de salud Integrados".
2. Leyes, reglamentos, normas y procedimientos que en forma -- explícita establezca claramente el marco de responsabilidad del sistema de referencia de pacientes de un nivel de atención medica establecida y dentro de ellos a los distintos - servicios o unidades que los integran.
3. Funcionamiento adecuado del sistema de referencia y contra-referencia de pacientes de un nivel de atención médica a -- btro del sistema de salud, definición que se amplía al personal y equipos entre los distintos niveles de asistencia.
4. Toda región de salud debe ser autosuficiente, significa que la suma de los servicios de salud disponibles dentro de la región deben ser adecuados para proveer servicios asisten-- ciales, preventivos y curativos, para atender a la pobla-- ción en todas las alternativas de salud, enfermedad e inva-- lidéz.
5. Necesidad de integralidad territorial en el sentido que de-- berá cubrir un sector urbano, un sub-urbano y un sector ru-- ral. Esta es la condición también para la autosuficiencia, por cuanto los servicios de salud rurales, por sí solos se-- rán capaces de dar atención integral a su nivel pero no de ofrecer los servicios médicos especializados que requiere - un determinado problema de salud.

4.11. OBJETIVOS DE LA REGIONALIZACION EN SALUD.

1. "Organizar, dirigir y controlar las unidades de salud y formación de recursos humanos para la salud existentes en el territorio asignado, al igual que planificar los que se requieran, para poder satisfacer las necesidades de salud del total de la población que habitan en ese territorio.
2. Optimizar la utilización de recursos y medios calificados mediante el establecimiento y control de sus niveles de atención médica. Estos niveles están encaminados a brindar atención médica que requiere de acuerdo a la patología que presenta en la forma más rápida y eficaz posible evitando al tiempo la sub-utilización del personal calificado y de los recursos más complejos existentes en el sistema nacional de salud". (10)

4.12. ASPECTOS OPERATIVOS DE LA REGIONALIZACION

- Funcionamiento de los servicios de distintos niveles y categorías de acuerdo a las necesidades de la población.
- Vinculación entre todos los servicios que forman parte del sistema.
- Funcionamiento continuo y permanentes de información cruzada en relación a los pacientes.
- Apoyo científico y técnico de las unidades más desarrolladas

a las de menos desarrollo.

- Participación cruzada de profesionales, técnicos y personal en formación de unidades de diferentes niveles y categorías.
- Clara definición del tipo de paciente que debe ser atendido a los niveles del sistema regionalizado.

4.13. ADMINISTRACION Y REGIONALIZACION

Regionalización significa de por sí Gestión Administrativa, -- por lo tanto la existencia de distintas instancias de gestión adm-- nistrativas y de niveles de atención médica para toda la población, -- lo que implica centralización y descentralización.

La región de salud será la responsable de la programación, su- pervisión y evaluación de los programas de salud, de la vigilancia - sanitaria de la comunidad, del asesoramiento especializado y de la -- coordinación de los programas entre sí.

4.14. NIVELES DE ATENCION

Se encuentran referidos a su parte de la regionalización en sa- lud tanto para las unidades operativas como para la complejidad de - la atención.

"El concepto de niveles de atención se considera el reconoci- miento de dos elementos diferenciados, el primero relacionado con el tipo de atención a las necesidades de salud de las personas y grupos comunitarios y por otro lado a la mayor o menor complejidad del con-

tenido tecnológico de la respuesta diseñada para satisfacer la necesidad de salud.

El concepto de nivel de atención reconoce además que existe una relación natural entre la complejidad de los métodos y recursos necesarios para atender dicha situación". (11)

La determinación de los niveles de atención condicionada por la accesibilidad y a la vez la regionalización de los servicios de salud, constituye la expresión técnico-administrativa de las interrelaciones a los niveles de atención.

4.15. DETERMINACION DE NIVELES DE ATENCION

"El procedimiento común de determinación de los niveles de atención consiste en la identificación y clasificación de los problemas de salud sobre la base del análisis epidemiológico, de la morbilidad y la delimitación de funciones correspondientes según categorías.

A través del proceso de categorización de la situación de salud se obtienen diversas agrupaciones, eventos comunes y simples que requieren elementos básicos de habilidad y tecnología; otros menos frecuentes y más complejos y tecnológicos de tipo medio y por último situaciones altamente complejas y más raras para cuya atención se precisan habilidades especializadas y tecnología avanzada." (12).

Esta agrupación en tres categorías da lugar a las respuestas de los sistemas de salud y a su vez a tres grupos funcionales de servicios o niveles: Primero, segundo y tercer nivel. Siendo el primero el

de menor complejidad y el punto inicial de contacto con la comunidad.

4.16. CARACTERISTICAS OPERATIVAS DE LOS NIVELES .

- El primer contacto del individuo o la población con el sistema de prestación de los servicios de salud corresponde al nivel primario, se establece a través de la acción de diferentes miembros del personal de salud y de diversos establecimientos o unidades de acuerdo al grado de desarrollo y las características de los respectivos servicios; varía de acuerdo a la concentración de la población que significa mayor o menor concentración de recursos de salud.

- El nivel primario comprende una variedad de acciones y puede incluir elementos tan variados como la consulta por un médico general, atención de urgencias, una consulta de enfermera o un consejo, una remisión o fármaco de uso sencillo por parte de la auxiliar o elementos de la población capacitados para ello.

- Necesidad de establecer estrategias de salud que considere la diferencia del campo y la ciudad, la relación entre sus necesidades, aspiraciones y expectativas.

4.17. COBERTURA.

"Una población estará realmente cubierta con servicios de salud en la medida que sus necesidades básicas reciban atención efectiva y eficiente dentro de las posibilidades que ofrecen los recursos de su situación particular. El concepto cobertura implica el reconocimien-

to de una relación dinámica en la cual entra en juego, por una parte las necesidades y aspiraciones de la población, que constituye la demanda de servicios, por otro los recursos disponibles y sus combinaciones tecnológicas y de organización que configuran la oferta para satisfacer esa demanda." (13)

OFERTA.

En relación a la oferta se considerará:

- Las unidades de producción de servicios, la caracterización de los tipos de unidades de producción de los servicios del sistema según los tipos de atención que brindan, funciones, dotación y estructura del personal; se debe incluir también el personal de la comunidad.

Además debe incluir la disponibilidad de los sistemas de abastecimiento de agua y disposición de excretas y desechos sólidos de áreas urbanas y rurales.

- Diagramas de accesibilidad y sistema de referencia, definición de tiempo y distancia de los distintos sectores de población a las diferentes unidades del sistema.

- Recursos, número de unidades de servicio según tipo, número de personal de dotación, número de unidades con servicio de internación, gasto total y anual de las unidades según tipo, distribución de los recursos por cada uno de los sectores de la población.

- Productividad. Número de atenciones por hora/personal, número de egresados por cama/año.

- Costo promedio anual de atención, según tipo de unidades de atención.
- Cama por mil habitantes.
- Atenciones anuales por habitantes de cada grupo de población.
- Población servida con agua potable, por tipo de servicio y grupo de población.
- Población con servicios de eliminación de excretas por tipo de servicio; tipo de población.
- Estructura institucional del sector, relación de las instituciones; del gastosectorial e institucional según tipo de producción de las instituciones. Fuentes de financiamiento.

DEMANDA

La demanda hay que verla no sólo como lo atendido, sino también a demanda institucional que se rechaza o no se atiende, se debe buscar conocer la atención médica privada o la proporcionada por el personal de la comunidad, lo que sumado nos daría la cobertura real.

En estas condiciones el contenido de la relación oferta-demanda y por consiguiente la expresión final de cobertura, varía de país a país y aún de una comunidad a otra, dentro de un mismo país.

4.18. ATENCION PRIMARIA EN SALUD

La crisis económica del capitalismo ha conllevado a la necesi--

dad de imponer por una parte la regionalización de los recursos humanos y financieros, respondiendo a la alta presión existente en los grupos de población de los países capitalistas desarrollados y en la mayoría de la población de los países subdesarrollados y dependientes que demandan una extensión de cobertura de los servicios de salud como cuestión vital para su supervivencia. Esto hace que se desarrollen estrategias que sean por una parte una respuesta a estas necesidades y por otra mediaten la lucha de clases.

El primer germen de atención primaria de América Latina está ubicado en la década del 50 con la medicina comunitaria y participación de la comunidad; proyecto norteamericano para nuestros países entre los años 60-70. Es Alianza para el Progreso, quien propicia y financia este tipo de proyecto siempre dirigido a sectores marginados y campesinos. A partir de 1970, aparece sumada a la medicina comunitaria la participación popular y la extensión de cobertura y empiezan estos temas a ser objeto de agenda de la mayoría de eventos científicos internacionales, regionales y nacionales.

En 1978 en la conferencia de Alma-Ata, URSS., se establece la atención primaria de salud como una política mundial basada en las concepciones de distintos niveles de salud y su posible interrelación como un procedimiento capaz de garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la población.

En esta conferencia los gobiernos del ámbito declaran que:

1. La salud es un derecho humano fundamental y su logro constituye un objetivo social cuya realización es multi-sectorial.
2. El establecimiento de un nuevo orden económico internacional que permita el desarrollo socio-económico entre los pueblos.
3. La desigualdad en el estado de salud en las poblaciones de los países del mundo es inaceptable; socio-económica y políticamente constituye una preocupación constante y común para todos los países.
4. Es un deber y derecho del pueblo participar activamente en la gestión de salud.
5. Es obligación de los gobiernos cuidar de la salud de sus pueblos con medidas sanitarias y sociales adecuadas, siendo la clave para alcanzar el objetivo de un mejor nivel de salud para el año 2000. La atención primaria de salud.
6. La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria -- esencial basada en métodos y tecnologías científicamente fundamentada, socialmente aceptable puesta al alcance de la comunidad y el país, en todos y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto-responsabilidad y auto-determinación.
7. Es parte integrante del sistema nacional de salud y constituye el primer elemento de un proceso permanente de Asistencia

Sanitaria y primer contacto del individuo, familia y comunidad.

"Los sistemas nacionales de salud para obtener las características de equidad, eficiencia, cobertura universal y de participación social, necesita de un proceso de profunda transformación basado en la estrategia de atención primaria que tenga requisitos de una efectiva descentralización u una microregionalización, por lo tanto surgen los Sistemas Locales de Salud (SILOS), con una población determinada, una unidad técnico-administrativa y un área geográfica.

Los SILOS son base para el rediseño territorial y administrativo del sistema de salud; la descentralización no supone el fraccionamiento del sistema, sino un vigorizador del todo en función de la salud de la población; la descentralización es una tarea compleja que supone cambio, distribución y uso del poder en consecuencia exige voluntad, compromiso, habilidad política sin vacilaciones.

Los SILOS permiten la articulación de los recursos disponibles, una adecuación a la realidad social y una mutua responsabilidad con la población, esto estimula la programación local y la evaluación social a través de la participación comunitaria.

La descentralización es un proceso por el cual se transfiere actividades que se hacen en forma concentrada a varios ámbitos periféricos. Descentralización y desconcentración pueden ser procesos simultáneos pero también puede desconcentrarse sin descentralizar.

Los SILOS son un conjunto de recursos de salud interrelacionados, responsables de la atención de salud de una población definida en un área geográfica delimitada.

Los SILOS son una propuesta de división del trabajo con criterio geográfico-poblacional en áreas urbanas y rurales a partir de la necesidad de la población, con equipo de dirección responsable de la administración de todo el equipamiento social dedicado a la salud asentado en la región, dimensionado para resolver una proporción significativa de los problemas de salud de la población e integrado en una red de -- servicios, responsable de la atención al ambiente, comunidad, grupos sociales, familias, e individuos con capacidad de coordinar los recursos disponibles, facilitando la participación social y articulándose con el sistema nacional de salud." (14)

La atención primaria de salud es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas, de las características socio-culturales y políticas del país y sus comunidades; se ^abase en la aplicación de resultados pertinentes de investigaciones sociales, bio-médicas y sobre servicios de salud, así como la experiencia acumulada de salud pública; se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver estos problemas.

Comprende las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud, sobre los métodos de prevención y la lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos o de

una nutrición apropiada, abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales, el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes y el suministro de medicamentos esenciales.

Exige y fomenta al grado máximo la autoresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles; además desarrolla mediante la educación, la capacidad de las comunidades para participar.

4.19. COMPONENTES DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

- Componentes básicos: -Estratégicos
-Programáticos
- Componentes complementarios: - Estrategia de cooperación entre los países. Mecanismos regionales de apoyo a las estrategias nacionales e internacionales.

Componentes Básicos

1. Componentes estratégicos: Son aquellos que se relacionan con las líneas a seguir para el cumplimiento de la atención primaria en salud, está compuesto por:

- 1.1. Extensión de cobertura con servicios de salud y mejora-

miento del ambiente.

1.1.1. Incremento de la capacidad operativa de los sistemas de salud.

1.1.2. Organización sectorial

1.1.3. Fortalecimiento de los procesos de planificación, programación y evaluación de los sistemas nacionales de salud.

1.1.4. Desarrollo administrativo.

1.1.5. Extensión de la capacidad instalada.

1.2. Organización y participación de la comunidad para su bienestar.

1.3. Desarrollo de la articulación intersectorial

1.4. Desarrollo de la Investigación y Tecnología apropiada.

1.5. Disponibilidad y producción de insumos y equipos críticos

1.6. Formación y utilización de recursos humanos

1.7. Financiamiento del sector

1.8. Cooperación Internacional.

2. Componentes Programáticos. Constituyen la expresión concreta y están compuestos por:

2.1. Fundamentales.

- Salud Materno infantil
- Inmunizaciones
- Control de las enfermedades diarreicas
- Control de las enfermedades respiratorias agudas
- Erradicación de vectores y nutrición.

-Salud ambiental.

2.2. Complementarios:

- Salud Mental
- Salud Dental
- Salud Pública Veterinaria
- Control de enfermedades de transmisión sexual
- Programas de prevención, control y rehabilitación de enfermedades cardiovasculares, degenerativas y cancer.
- Prevención de accidentes
- Control de enfermedades ocupacionales.

El concepto de componentes básicos está definido de acuerdo a la situación del diagnóstico y a los medios de cada país.

Componentes Complementarios

1. Estrategia de cooperación entre países.

- Investigación y tecnología
- Recursos Humanos
- Suministro y equipos críticos.
- Problemas de salud comunes a varios países

2. Mecanismos regionales de apoyo a las estrategias nacionales e inter países.

- Coordinación de la cooperación internacional incluyendo la cooperación técnica entre países en desarrollo (CTPD)

- Cooperación en la formulación, ejecución y evaluación de planes nacionales de salud.
- Mantener y evaluar el proceso SPT 2000
- Identificación y análisis a problemas y soluciones para alcanzar la STP 2000.

4.20. CONTENIDO OPERATIVO

Desde el punto de vista operativo, la atención primaria en salud está constituida por tres elementos fundamentales.

- Funciones y actividades del sistema institucional de prestación de servicios de salud.

- Acciones desarrolladas por la propia comunidad para la solución de sus problemas de salud.

- Como elemento de unión, los mecanismos de articulación que es necesario crear y fortalecer intra y extra sectorialmente desde un enfoque de desarrollo socio-económico integral.

4.21. SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000 (SPT 2000)

Constituye una meta a seguir por todos los países signatarios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y está constituida por una serie de indicadores, que son el contenido de esta estrategia, como medio para cumplirla.

Esta estrategia, SPT 2000, se concretiza en planes de acción mundiales y para las Américas es el plan de acción adoptado en la XXVIII Reunión celebrada en Octubre de 1981.

CAPITULO V. METODICA

V. METODICA

A. UNIVERSO

Areas de Salud de la Región III

B. MARCO MUESTRAL

-Unidad de Análisis: Areas de Salud de la Región III.

-Unidad de Observación: Accesibilidad geográfica

Aspectos funcionales

Cobertura de los programas seleccionados.

-Determinación de la muestra:

A conveniencia del investigador y por razones de recursos, la investigación se realizó en cinco Areas de Salud de las 18 que existen en la Región III, las cuales fueron seleccionadas por el Método Aleatorio Simple previa estratificación en base a las características "urbano" - "rural"; tomándose también a conveniencia tres urbanas y dos rurales. Esto permitió obtener información necesaria para dar salida a los objetivos 1, 2 y 3.

Para el objetivo 1 además, se seleccionó una población de 815 habitantes en las Areas de Salud seleccionadas, partiendo de la división territorial por barrios con sus respectivas poblaciones aproximadas, para lo que se usó el Muestreo Aleatorio por Cluster.

$$n = \frac{EFD \times t^2 p q}{(LE)^2}$$

$$pq = 0.25$$

$$p = 0.5$$

$$LE = 0.05$$

$$NC = 95\%$$

$$= 0.05$$

$$t = 0.96 = 2$$

$$n = \frac{4 \times 0.25 \times 2}{(0.05)^2} = 800$$

$$n = 80$$

$$m = 30$$

$$N = 218,588$$

$$n = m \times b$$

$$800 = 30 \times b$$

$$K = \frac{N}{m}$$

$$K = \frac{218,588}{30} = 7286.2667$$

-Delimitación en tiempo y espacio

° Tiempo : Del 23 de Noviembre al 11 de Diciembre 1987.
Recolección de la información.

° Espacio: Areas de Salud de la Región III, seleccionadas.

C. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Ver Anexo N°3

D. FUENTE DE INFORMACION

- Para el objetivo N°1: Encuesta a la población seleccionada (primaria).
- Para el objetivo N°2: Observación directa de algunos aspectos funcionales (espacio, equipos, recursos, horario de atención, flujograma). (Primaria)
- Para el objetivo N°3: Revisión documental de cronológicos de producción de servicios y programación del nonestre 1987. (Secundaria).
- Para el objetivo N°4: Resultados de encuesta a la población sobre características de la accesibilidad geográfica, resultados de observación de aspectos -- funcionales y revisión documental de cobertura de los servicios.

E. DETERMINACION DE INSTRUMENTOS

-Técnica de recolección de la información.

Se utilizaron dos instrumentos para la recolección de la información:

- ° El primer instrumento lleva como título "ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA". Es un formulario de tres páginas utiliza-

do en la entrevista a la población seleccionada aleatoriamente dentro de las Areas de Salud. Para ello se tomó en consideración que cada Cluster representaba un barrio, comarca, comunidad, unidad de producción estatal o hacienda de la Región III, con límites geográficos definidos. En cada Cluster, se ubicó un punto de referencia que para la presente investigación fue la casa comunal. A partir de este punto se siguió hacia uno de los cuatro puntos cardinales previamente seleccionados al azar.

La primera encuesta se ejecutó en la vivienda más próxima al punto de referencia y en los casos en que hubo más de una vivienda en igualdad de distancia se escoge una por Muestreo Aleatorio Simple y a partir de ésta se continúa con la casa que tenga la puerta más próxima hasta cumplir con el número de encuestas en cada cluster.

Para la entrevista se obtuvo información del adulto de sexo femenino que se encontraba en la vivienda y en su defecto a cualquier otro mayor de 20 años.

- ° El segundo instrumento lleva por título "ASPECTOS FUNCIONALES". Es un formulario de diez páginas donde se recolectó la información proveniente de la revisión documental, así como información primaria en relación con los

aspectos funcionales, y se aplicó durante las horas de servicio de cada programa (Ver Anexo N° 2).

- Instrumento de Recolección
(Ver Anexos N° 1. y 2).

F. PLAN DE ANALISIS

La información recolectada en la encuesta fue procesada mediante computadora PC-IBM, utilizando el programa "STATISTICAL PACKSO FOR SOCIAL SCIENCIES".

Para la accesibilidad geográfica las variables fueron:

- ° Distancias en tiempo desde la comunidad a las unidades de servicio y entre éstas en el Area de Salud.
- ° Vías de Comunicación utilizadas por la población para llegar a las unidades de servicio y entre ellas en el Area de Salud.
- ° Tipo de Transporte utilizado por la población para llegar a las unidades de servicio en el Area de Salud.
- ° Costo de transporte de la población para llegar a las unidades de servicio en el Area de Salud.

Para los aspectos funcionales:

- ° Horarios de atención.

Las características de la accesibilidad geográfica y el horario de atención fueron entrecruzados con la cobertura

na de los servicios en los programas estudiados.

En relación al tratamiento estadístico se aplicó:

- ° Prueba de Chi Cuadrado (χ^2) para la accesibilidad -- geográfica.
- ° Medida de Asociación de dos variables. Índice de Correlación (r) entre las variables de accesibilidad geográfica y cobertura, así como para horarios de atención y cobertura. A estas últimas variables también se les aplicó Análisis de Varianza.

CAPITULO VI. RESULTADOS.

TIEMPO QUE INVIERTE LA POBLACION PARA LLEGAR DE LA COMUNIDAD AL PUESTO DE SALUD

AREA DE SALUD TIEMPO EN MINUTOS	3.2.		5-7		8.2.		11.1		11.2.		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1 - 10	-	-	56	55.6	28	42.6	18	46.3	51	94.5	153	58.9
11 - 20	-	-	25	24.7	25	37.8	4	10.2	1	1.8	55	21.2
21 - 60	-	-	17	16.8	13	19.6	15	38.4	2	3.7	47	18
> 60	-	-	3	2.9	0	0	2	5.1	0	0	5	1.9
TOTAL	-	-	101	100	66	100	39	100	54	100	260	100

$$\chi^2_{9 \text{ gl}} = 68.73 > 27.88$$

($P < 0.001$)

AREAS DE SALUD VIAS DE COMUNICACION	3.2		5-7		8.2		11.1		11.2		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ASFALTADA 0	-	-	26	25.7	0	0	0	0	0	0	26	10
ADOQUINADA	-	-	7	6.9	40	60.7	39	100	0	0	86	33.1
MIXTA	-	-	68	67.4	26	39.3	0	0	54	100	148	56.9
T O T A L	-	-	101	100	66	100	39	100	54	100	260	100

$$\chi^2_{6 gl} = 191.25 > 22.46$$

$$(P < 0.001)$$

TRANSPORTE UTILIZADO POR LA POBLACION PARA

LLEGAR DE LA COMUNIDAD AL PUESTO DE SALUD

AREA DE TIPO DE SALUD DE TRANSPORTE	3.2.		5-7.		8.2.		11.1		11.2		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A PIE	-	-	98	97.2	64	97	38	97.5	53	98.2	253	97.5
A PIE + BUS	-	-	1	0.9	1	1.5	1	2.5	0	0	3	1.1
BUS	-	-	0	0	1	1.5	0	0	1	1.8	2	0.7
TAXI	-	-	2	1.9	0	0	0	0	0	0	2	0.7
TOTAL	-	-	101	100	66	100	39	100	54	100	260	100

$$\chi^2_{9\text{ gl}} = 159.23 > 27.88$$

$$(P < 0.001)$$

COSTO DEL TRANSPORTE UTILIZADO POR LA POBLACION PARA LLEGAR DE LA COMUNIDAD AL PUESTO DE SALED

AREA DE COSTO DE SALUD EN CORDOBAS	3.2.		5-7		8.2.		11.1		11.2		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0	-	-	98	97.2	64	96.9	38	97.5	53	98.2	253	97.
10	-	-	1	0.9	2	3.1	1	2.5	1	1.8	5	1.
200 - 500	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
> 1500	-	-	2	1.9	0	0	0	0	0	0	2	0.
TOTAL	-	-	101	100	66	100	39	100	54	100	260	100

$$\chi^2_9 \text{ gl.} = 5.28 < 14.68$$

$$(P > 0.100)$$

TIEMPO QUE INVIERTE LA POBLACION PARA
LLEGAR DE LA COMUNIDAD AL CENTRO DE SALUD

AREA DE SALUD TIEMPO EN MINUTOS	3.2		5-7		8.2		11.1.		11.2		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 - 10	91	48.1	42	18.6	52	44.8	0	0	14	25.5	199	32.4
11 - 20	49	25.9	68	30.4	27	23.4	0	0	18	33.3	162	26.2
21 - 60	46	24.5	101	44.8	32	27.5	2	6.1	20	37.5	201	32.5
> 60	3	1.5	14	6.2	5	4.3	31	93.9	2	3.7	55	8.9
T O T A L	189	100	225	100	116	100	33	100	54	100	617	100

$$\chi^2_{12 \text{ gl}} = 276.3 > 32.91$$

$$(P < 0.001)$$

VIAS DE COMUNICACION QUE UTILIZA LA POBLACION PARA LLEGAR AL CENTRO DE SALUD

AREAS DE VIAS DE SALUD COMUNICACION	3.2.		5-7		8.2		11.1		11.2		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ASFALTADA	142	75.2	112	49.7	3	2.5	0	0	0	0	257	41.
ADOQUINADA	0											
DE VERANO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
M I X T A	47	24.8	113	50.3	113	97.5	33	100	54	100	360	58.
T O T A L	189	100	225	100	116	100	33	100	54	100	617	100

χ^2 89.8 = 227.72 26.13
(P 0.001)

TRANSPORTE QUE UTILIZA LA POBLACION

PARA LLEGAR DE LA COMUNIDAD AL CENTRO DE SALUD

AREA DE TIPO DE TRANSPORTE	3.2.		5-7		8.1		11.1		11.2		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A PIE	171	90.7	149	66.4	104	89.8	6	18.1	32	59.3	462	74.8
A PIE + BUS	6	3.1	22	9.7	8	6.8	23	69.9	4	7.4	63	10.3
BUS	10	5.2	34	15.1	2	1.7	1	3	18	33.3	65	10.7
TAXI	0	0	20	8.8	0	0	0	0	0	0	20	3.2
VEHICULO PARTICULAR	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.3
CAMIONETA	0	0	0	0	2	1.7	2	6	0	0	4	0.6
CABALLO	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	1	0.1
TOTAL	189	100	225	100	116	100	33	100	54	100	617	100

$$\chi^2_{24 \text{ gl}} = 335.76 > 51.18$$

($P < 0.001$)

COSTO DEL TRANSPORTE UTILIZADO POR LA POBLACION

PARA LLEGAR DE LA COMUNIDAD AL CENTRO DE SALUD

AREA DE COSTO EN CORDOBAS.	3.2.		5-7		8.2		11.1		11.2		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0	173	91.6	149	66.3	104	89.7	6	1.8.1	32	59.3	464	75.2
10	16	8.4	56	24.9	10	8.6	0	0	0	0	82	13.5
200 - 500	0	0	0	0	0	0	0	0	22	40.7	22	3.5
500 - 1500	0	0	3	1.3	2	1.7	19	57.7	0	0	24	3.8
> 1500	0	0	17	7.5	0	0	8	24.2	0	0	25	4
TOTAL	189	100	225	100	116	100	33	100	54	100	617	100

$$\chi^2_{16} gl = 668.88 > 39.15$$

($P < 0.001$)

TIEMPO QUE INVIERTE LA POBLACION PARA LLEGAR
DEL PUESTO DE SALUD AL CENTRO DE SALUD.

AREAS DE TIEMPO EN MINUTOS	3.2.		5-7		8.2.		11.1		11.2		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1 - 10	-	-	0	0	3	27.2	0	0	0	0	3	3.2
11 - 20	-	-	6	20.6	2	18.3	0	0	2	4	10	10.9
21 - 60	-	-	19	65.7	6	54.5	0	0	24	48	16	53.8
> 60	-	-	4	13.7	0	0	1	100	24	48	29	32.1
TOTAL	-	-	29	100	11	100	1	100	50	100	91	100

$$\chi^2_{9gl} = 37.99 > 27.88$$

$$(P < 0.001)$$

VÍAS DE COMUNICACION UTILIZADA POR LA POBLACION
PARA LLEGAR DEL PUESTO AL CENTRO DE SALUD.

AREAS DE SALUD DE COMUNICACION	3.2.		5-7		8.2		11.1		11.2		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ASFALTADA O ADOQUINADA	-	-	18	62.1	0	0	0	0	0	0	18	19.7
DE VERANO	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MIXTA	-	-	11	37.9	11	100	1	100	50	100	73	80.3
TOTAL	-	-	29	100	11	100	1	100	50	100	91	100

$$\chi^2_{6 gl} = 21.69 > 16.81$$

$$(P < 0.01)$$

LLEGAR DEL PUESTO AL CENTRO DE SALUD

AREAS DE TIPO DE TRANSPORTE	3.2.		5-7		8.2.		11.1		11.2		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A PIE	-	-	8	27.5	8	72.7	0	0	0	0	16	17.5
A PIE + BUS	-	-	3	10.3	3	27.3	1	100	0	0	7	7.6
BUS	-	-	14	48.5	0	0	0	0	50	100	64	70.6
TAXI	-	-	4	13.7	0	0	0	0	0	0	4	4.3
TOTAL	-	-	29	100	11	100	1	100	50	100	91	100

$$\chi^2_{9 \text{ gl}} = 79.79 > 27.88$$

(P < 0.001)

COSTO DEL TRANSPORTE QUE UTILIZA LA POBLACION

PARA LLEGAR DEL PUESTO AL CENTRO DE SALUD..

AREAS DE COSTO DE SALUD EN CORDOBAS	3.2.		5-7		8.2.		11.1		11.2		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0	-	-	8	27.7	8	72.7	0	0	0	0	16	17.8
1 0	-	-	17	58.6	3	27.3	0	0	0	0	20	21.9
200 - 500	-	-	0	0	0	0	0	0	50	100	50	54.9
> 2000	-	-	4	13.7	0	0	1	100	0	0	5	5.4
TOTAL	-	-	29	100	11	100	1	100	50	100	91	100

$$\chi^2_{9 gl} = 133.94 > 27.88$$

$$(P < 0.001)$$

HORARIO Y NUMERO DE HORAS QUE OFERTAN
LAS AREAS DE SALUD ESTUDIADAS EN EL
SUB-PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL.

AREAS DE SALUD C.P.N.	3.2.	5-7	8.2	11.1	11.2
HORARIO	8:00 A.M.	7:00 A.M.	7:00 A.M.	8:30 A.M.	8:00 A.M.
	12:00 M.D.	12:30 P.M.	12:00 M.D.	3:00 P.M.	3:00 P.M.
NUMERO DE HORAS	4	5.5	5	6.5	7

HORARIO Y NUMERO DE HORAS QUE OFERTAN LAS
AREAS DE SALUD ESTUDIADAS EN EL SUB- PRO-
GRAMA DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARRO.

LLQ.

AREAS DE C.C.D: SALUD	3.2.	5-7	8.2	11.1	11.2
HORARIO	8:00 A.M. 2:30 P.M.	7:00 A.M. 12:30 P.M.	7:00 A.M. 12:30 P.M.	8:30 A.M. 3:00 P.M.	8:00 A.M. 3:00 P.M.
NUMERO DE H O R A S	6.5	5.5	5.5	6.5	7

HORARIO Y NUMERO DE HORAS QUE OFERTAN LAS AREAS DE SALUD

ESTUDIADAS EN EL PROGRAMA DE INMUNIZACIONES.

AREAS DE SALUD INMUNI- ZACIONES.	3.2.	5-7	8.2	11.1	11.2
HORARIO	8:00 A.M.	7:00 A.M.	7:00 A.M.	8:30 A.M.	8:00 A.M.
	12:00 M.D.	2:00 P.M.	12:00 A.M.	3:00 P.M.	3:00 P.M.
NUMERO DE HORAS	4	7	5	6.5	7

HORARIO Y NUMERO DE HORAS QUE OFERTAN LAS AREAS DE SALUD

ESTUDIADAS EN LA MORBILIDAD PEDIATRICA Y DE ADULTO.

AREAS DE SALUD MORBILI- DAD.	3.2.	5-7	8.2	11.1.	11.2
HORARIO	8:00 A.M. 8:00 A.M.	8:00 A.M. 8:00 A.M.	8:00 A.M. 8:00 A.M.	8:00 A.M. 8:00 A.M.	8:00 A.M. 8:00 A.M.
NUMERO DE H O R A S	24	24	24	24	24

COBERTURA DE CONTROL PRENATAL Y CONTROL

DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

POR AREA DE SALUD, NONESTRE 1987.

AREAS DE SALUD	3.2			5-7			8.2			11.1			11.2		
	POBLACION.	PRIMER CONTROL	COBERTURA.	POBLACION.	PRIMER CONTROL	COBERTURA.	POBLACION.	PRIMER CONTROL	COBERTURA.	POBLACION.	PRIMER CONTROL	COBERTURA.	POBLACION.	PRIMER CONTROL	COBERTURA.
CONTROL PRENATAL	2,785	880	31.59	4,313	3,168	73.4	1,883	732	38.87	677	409	60.41	1,605	750	46.72
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.	11,938	882	7.38	18,499	2,515	13.59	8,066	1,033	12.80	2,904	243	8.3	6,884	1,235	17.9

FUENTE: INFORME ESTADISTICO

REGION III.

COBERTURA DE INMUNIZACIONES POR AREA DE SALUD Y TIPO DE BIOLÓGICO, NONESTRE 1987.

AREA DE SALUD BIOLÓGICO	3.2				5-7				8.2.				11.1				11.2			
	POBLA- CION.	INMUNI- ZADOS	COBER- TURA	POBLA- CION.	INMUNI- ZADOS	COBER- TURA	POBLA- CION.	INMUNI- ZADOS	COBER- TURA	POBLA- CION.	INMUNI- ZADOS	COBER- TURA	POBLA- CION.	INMUNI- ZADOS	COBER- TURA	POBLA- CION.	INMUNI- ZADOS	COBER- TURA		
B. C. G.	2,187	171	7.8	3,389	1,194	35.23	1,478	922	62.38	532	353	66.35	1,261	326	25.85					
ANTIPOLIOMIELITICA	11,938	6,232	52.2	18,499	13,541	73.19	8,066	7,175	88.95	2,904	2,557	88.05	6,884	5,227	75.9					
ANTISARAMPIONOSA	11,938	1,140	9.54	18,499	2,930	15.83	8,066	1,705	21.13	2,904	276	9.50	6,884	996	14.46					
D. P. T.	11,938	1,815	15.2	18,499	4,317	23.33	8,066	2,882	35.99	2,904	571	19.66	6,884	1,255	18.23					
D.T.	6,647	731	10.99	10,300	1,338	12.99	4,489	821	18.28	1,617	110	6.8	3,831	773	20.17					
T.T.	39,701	1,919	4.83	61,508	9,133	14.84	26,822	2,390	8.91	9,656	473	4.89	22,888	2,217	9.68					

FUENTE: INFORME ESTADÍSTICO
REGION III.

COBERTURA DE MORBILIDAD TOTAL POR AREA DE SALUD (NONESTRE, 1987)

AREA DE MORBI- LIDAD TOTAL	3.2.	5-7	8.2.	11.1	11.2
POBLACION	55,500	86,000	37,500	13,500	32,000
PRIMERA CONSULTA	14,675	31,390	3,515	3,622	9,193
COBERTURA	26.44	36.5	9.37	26.8	28.72

Fuente: Informe Estadístico.
Región III.

DESCRIPCION DE TABLAS.

1. TABLA NUMERO UNO

El Mayor porcentaje de la población de utiliza los servicios del Puesto de Salud, se encuentran dentro del parámetro de una hora.

El Area 3.2., no tiene Puesto de Salud.

2. TABLA NUMERO DOS

La Vía de Comunicación que en general es más utilizada es la de tipo MIXTA con un 56.9%. En las Areas 8.2 y 11.1, los mayores porcentajes se observan en la vía de tipo DE VERANO.

3. TABLA NUMERO TRES

Un 97.5% de la población encuestada se traslada A PIE, para llegar al Puesto de Salud.

4. TABLA NUMERO CUATRO

El 97.4% de la población encuestada no invierte dinero en el transporte para llegar al Puesto de Salud.

5. TABLA NUMERO CINCO

El 91.1% de la población utiliza una hora o menos para llegar al Centro de Salud. En el Area 11.1., el 94% de la población requiere más de una hora.

6. TABLA NUMERO SEIS

El 58.4% de la población encuestada utiliza la vía de tipo MIXTA para trasladarse de la comunidad al Centro de Salud. En el Area 3.2., el 75.2% usa el tipo de vía ASFALTADA O ADOQUINADA.

7. TABLA NUMERO SIETE

El 74.8% de la población utiliza el tipo de transporte A PIE, -- para llegar de la comunidad al Centro de Salud. En el Area 11.1 el 70% lo hace a través del tipo de transporte A PIE + BUS.

8. TABLA NUMERO OCHO

El 75.2% de las personas encuestadas no invierte dinero en su transporte para llegar de la comunidad al Centro de Salud; en el Area 11.1 el mayor porcentaje recae en el rango de 500-1500 córdobas.

9. TABLA NUMERO NUEVE

El 67.9% de la población utiliza una hora o menos y el 32.1% -- utiliza más de una hora para llegar del Puesto al Centro de Salud.

10. TABLA NUMERO DIEZ

Un 80.3% de la población utiliza la vía MIXTA y el 19.7% la vía ASFALTADA O ADOQUINADA para llegar del Puesto al Centro de Salud. En el Area 5-7 el 62.% utiliza ese mismo tipo de vía.

16. TABLA NUMERO DIECISEIS

La consulta se brinda las 24 horas del día con intervalos de receso entre los cambios médicos.

17. TABLA NUMERO DIECISIETE

La mayor cobertura de Control Prenatal, se presenta en el Area 5-7 con un 73% y la menor en el Area 3.2 con 32%; en control de Crecimiento y Desarrollo la mayor cobertura se observa en el Area 11.2 con 17.9% y la menor en el Area 3.2., con 7.8%.

18. TABLA NUMERO DIECIOCHO

En B.C.G. la más alta cobertura se alcanzó en el Area 11.1 con 66.35% y la menor en el Area 3.2 con 7.8%. En Antipoliomielítica, el Area 8.2 alcanzó un 89% y el Area 3.2 un 53%. En Antisarampiónosa, la más alta cobertura muestra un 21% y se observa en el Area 8.2 y la más baja en el Area de Salud 11.1 -- con 9.50%. En D.P.T. el Area 8.2 muestra un 35.99% y 15.2 en el Area 3.2. En D.T. un 20% se obtuvo en el Area 11.2 y 6.8% en el Area 11.1. En T.T. el Area 5-7 alcanzó un 15% en contraposición de lo obtenido en el Area 3.2. que es de 4.83%.

19. TABLA NUMERO DIECINUEVE

La más alta cobertura se observa en el Area 5-7 con 36.5% y la más baja en el Area 8.2 con 9.37%.

CAPÍTULO VII. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

CONSIDERACIONES GENERALES.

El presente estudio se realiza en la Región III que tiene 18 - Areas de Salud ubicadas en 14 zonas. Las Areas escogidas son las -- 3.2., 5-7., 8.2., 11.1., y 11.2., las cuales no son el universo de - las Areas, sino un número escogido a Criterio del Investigador, fundam-
damentado en la poca disponibilidad de recursos (transporte, humanos, materiales, financieros); el equipo investigador escoge tres Areas - de Salud urbanas y dos rurales. Las urbanas por ser más accesible - para la recolección de la información y en número mayor en la Región; en cambio con las Areas rurales las distancias y los costos aumentan para el equipo investigador, esta es una limitante que no permite la generalización absoluta de los resultados de la investigación.

Para la recolección de la información a lo interno del Area de Salud, se establece la técnica de Cluster por barrio.

En cuanto al número de encuestas calculadas se acordó aumentarlas para tener números enteros absolutos (815).

En el Area 5-7, en el Barrio 'Ciudad Jardín', se encontraron di-
ficultades para la recolección de las encuestas por ser un barrio en el que muchas viviendas son dedicadas al comercio y la mayoría de -- las familias que habitan en él, acuden a servicios privados de salud y desconocen la ubicación y otros aspectos relacionados con los servicios del Ministerio de Salud, esto hizo que se redujeran el número total de encuestas, restándole veinte; y dos que no se recolectaron

en el Area 11.1 en la comarca de Berlin por encontrarse la población abocada a los cortes de café.

Se estableció que el informador clave de la encuesta sería la mujer, debido a que regularmente es la que más asiste y consume servicios de salud por ella misma o por sus hijos y en su defecto se -- encuestaría al adulto hombre que se encontrara en la vivienda, esto hace que la encuesta no sea absolutamente a toda la población, sino a la mujer.

En la recolección de los datos estadísticos en las Areas de Salud, se encontró que estas no las manejaban de manera uniforme, por lo tanto hubo que corroborar con las estadísticas regionales, lo que pudo haber causado sesgo en la información.

En relación a los aspectos funcionales se recolectó información sobre recursos humanos y materiales, espacio físico, flujograma de - cinco pacientes en cada Area de Salud y horario de atención. Sin embargo solamente se pudo utilizar la información relativa al horario de atención, ya que el resto de la información fue recolectada de tal manera que no pudo ser procesada.

Para la utilización de la computadora no se contó con un programador, por lo tanto los investigadores asumieron la tarea con asesoría de experto.

Este estudio se realizó del 23 de Noviembre al 11 de Diciembre de 1987, por lo cual se observan valores en el costo del transporte muy diferentes a los actuales.

VII. ANALISIS DE LOS RESULTADOS
PARA EL OBJETIVO NUMERO UNO

Los factores geográficos de la accesibilidad a los servicios de las Areas de Salud estudiadas, fueron los siguientes: La distancia en tiempo, las vías de comunicación, el tipo de transporte y el costo del transporte, que utiliza la población para llegar a una -- unidad de salud o entre unidades con diferente nivel de resolución dentro del Area de Salud.

Se les estudió a través de encuestas, con una muestra por -- Cluster estadísticamente calculada y significativa para cada area es--
tudiada.

El 97% de los usuarios estudiados utilizan algún servicio de salud del Ministerio de Salud y el 3% de los mismos utilizan los -- servicios privados.

USUARIOS SERVICIOS	Nº	%
PRIVADOS	22	3
MINSA	793	97
T O T A L	815	100

1. ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA (DE COMUNIDAD A PUESTO DE SALUD).

1.1. DISTANCIA EN TIEMPO.

Se estudia la distancia en tiempo utilizado por la población para llegar de la comunidad al Puesto de Salud y se encontró que en las Areas de Salud estudiadas la mayor parte de la población ocupa entre 1-10 minutos con un 59% para todas las Areas, siendo mayor en el Area 11.1. con un 94.5% y menor en 8.2 con 42.6%. Si se establece como límite aceptado una hora para acudir a cualquier unidad de salud, se observa que el 98% de la población que se traslada desde la comunidad al Puesto de Salud, se encuentra dentro de este parámetro.

Un análisis por Area, nos indica que en la 5-7 el 56% de la población está entre 1-10 minutos, el 25% entre 11-20 minutos y el 17% entre 21-60 minutos; esto significa que el 97% de la población se encuentra dentro del parámetro aceptado de una hora. En el Area 8.2- este porcentaje es del 100%. En el Area 11.1 tenemos que el 5% utiliza más de una hora en llegar al Puesto de Salud, lo que estaría indicando la necesidad de mejorar su accesibilidad; en el Area 11.2 el 95% de la población necesita entre 1-10 minutos para llegar al Puesto de Salud con una accesibilidad en tiempo dentro del parámetro de una hora.

No se obtuvieron datos del Area de Salud 3.2 por no disponer de Puesto de Salud dirigido a atender a la población del Area.

Se aplicó Chi Cuadrado (χ^2) entre las Areas Urbanas 5-7 y 8.2 y se encuentra que no hay diferencias significativas entre las dos; en cambio en las Areas Rurales (11.1 y 11.2) hay diferencia significativa ($P < 0.001$) (Ver tabla N°1)

1.2. VIAS DE COMUNICACION

Para el estudio de los tipo de vías de comunicación utilizadas por la población se estudiaron tres tipos de vías: ASFALTADA O ADOQUINADA, DE VERANO y MIXTA. Se encuentra que la mayor parte de la población utiliza la vía MIXTA (Asfaltada, Adoquinada, De Verano) para llegar al Puesto de Salud con un 57%, habiendo diferencias entre las Areas Urbanas y Rurales. En las Areas Urbanas el 56% de la población acude por vía MIXTA, SOLO DE VERANO 28% y 15% SOLO ADOQUINADA O ASFALTADA. La comparación de las Areas urbanas y rurales muestra diferencia significativa a la prueba de Chi Cuadrado (χ^2) ($P < 0.001$).

Se observa que entre las Areas Urbanas, el Area de Salud 5-7 muestra un 67% en la vía de tipo MIXTA y -

en la 8.2, en la que el 61% tiene vía SOLO DE VERANO. Lo mismo sucede con las Areas Rurales en las que el 42% de la población sólo tiene vía DE VERANO y el 58% vía MIXTA, lo que implica dificultades en relación a las variaciones climáticas para la vía de comunicación sobre todo en el Area 11.1 en la que el 100% de la población tiene vía SOLO DE VERANO. (Ver Tabla N°2)

1.3. TIPO DE TRANSPORTE

En el análisis del transporte que utiliza la población para trasladarse de la comunidad al Puesto de Salud, se estudiaron ocho tipos de transporte: A PIE, A PIE + BUS, BUS, TAXI, CAMIONETA, VEHICULO PARTICULAR, A CABALLO y FERRO-BUS; encontrándose que los más usados -- son los primeros cuatro, por lo cual se decide la elaboración de tablas en base a los mismos. En lo general se observa que el 97% de la población se traslada A PIE para llegar de la comunidad al Puesto de Salud.

Tomando en consideración la diferencia entre Areas de Salud urbanas y rurales encontramos estabilidad en los porcentajes de población que se traslada A PIE en cada una de las Areas, lo cual no implica que se utilice este tipo de transporte por cercanía del Puesto de Salud y podría estar indicando dificultades de otros tipos de transporte.

minutos y el 32% entre 21-60 minutos para un total de 64% de la población ubicados en el parámetro antes mencionado.

A lo interno de cada Area encontramos que en el -- Area de Salud 3.2. el 48% de la población está entre 1-10 minutos, el 26% entre 11-20 minutos y el 24% -- entre 21-60 minutos, lo que indica que el 98% de la población requiere de una hora o menos para llegar de la comunidad al Centro de Salud.

En al Area 5-7, el 45% se ubica entre 21-60 minutos, el 30% entre 11-20 minutos y el 19% entre 1-10, lo -- que indica que el 94% de la población se ubica dentro del parámetro señalado de una hora.

El Area de Salud 8.2, muestra que el 95% de la pobla-- ción está dentro del parámetro. Para el Area de Sa-- lud 11.1., el 94% de la población utiliza más de una hora para llegar al Centro de Salud, lo que estaría indicando dificultades en su accesibilidad; en cam-- bio en la 11.2, el 96% de la población utiliza menos de una hora.

Al realizar la prueba estadística de Chi Cuadrado -- (χ^2) entre las Areas Urbanas se encontró que hay -- diferencia significativa entre las Areas 3.2. y 5-7

($P < 0.001$). En las Areas 11.1 y 11.2 con la misma prueba, se encontró diferencia significativa -- ($P < 0.001$). (Ver tabla N°5).

2.2. TIPOS DE VIAS DE COMUNICACIÓN

Al analizar las vías de comunicación se observa que el 58% de la población utiliza la vía de tipo MIXTA (ASFALTADO O ADOQUINADO y VERANO) y el 42% ASFALTADA O ADOQUINADA, lo que implica que hay facilidad de vías de comunicación aún cuando el uso del tipo de VIA MIXTA significa dificultades en relación a las variaciones climáticas.

En todas y cada una de las Areas, encontramos que el 100% de la población usa uno de los dos tipos de vía MIXTA O ASFALTADA-ADOQUINADA, sin embargo entre las Areas 3.2 y 5-7 encontramos diferencias significativas a la prueba de Chi Cuadrado (χ^2) ($P < 0.001$). En el Area 3.2, un 75% de la población utiliza la vía ASFALTADA O ADOQUINADA a diferencia de la 5-7 que alcanza el 50%; esta última tiene una mejor accesibilidad que el Area 8.2 porque el 97% de la población -- utiliza la vía MIXTA para llegar al Centro de Salud.

En las Areas rurales el 100% de la población utiliza la vía MIXTA para llegar al Centro de Salud, lo que implicaría dificultades en llegar por las variaciones

climáticas, por la presencia del tipo de vía DE VE---
RANO (Ver tabla N°6).

2.3. TIPO DE TRANSPORTE.

En el análisis del transporte se encontró que un 75% de la población se traslada A PIE a los Centros de -- Salud en el total de las cinco Areas de Salud estu--- diadas.

El análisis entre las Areas, resalta que en el Area - 11.1 el tipo de transporte más utilizado por la po-- blación es la combinación A PIE + BUS con un 70% lo - que podría estar indicando que la población se encuen- tra alejada del Centro de Salud; se hace la salvedad- que en esta Areas se ubica el único Puesto de Salud - que oferta los servicios correspondientes a los pro-- gramas estudiados, por lo tanto la población va al Cen- tro de Salud cuando el Puesto lo remite. En el Area- 11.2 en primer lugar se utiliza el transporte A PIE -- con un 59% y el segundo más utilizado es el BUS con - 33%; en el Area 5-7, el 9% de la población utilizó el TAXI, siendo la única área donde se muestra la utili- zación de este tipo de transporte. Además se observó un caso que utilizó el transprote A CABALLO en el -- Area 11.1 para trasladarse al Centro de Salud. Apli- cando la prueba de Chi Cuadrado (χ^2) entre las Areas

Urbanas y entre las Areas Rurales se encontró que - hay diferencia significativa. ($P < 0.001$). (Ver tabla N°7).

2.4 COSTOS DEL TRANSPORTE

En el análisis de los costos del transporte utilizado por la población se observa que el 75% se ubica - en el rango de nulidad, lo que está relacionado con el tipo de transporte que utiliza la población y que es A PIE, habiendo costos indirectos que no fueron - estudiados.

Es importante señalar que el mayor costo se da en -- las Areas de Salud Rurales.

Se aplicó la prueba de Chi Cuadrado (χ^2) entre las Areas Urbanas y entre las Rurales encontrándose que hay diferencia significativa ($P < 0.001$) (Ver Tabla N°8).

3. ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA. (DEL PUESTO AL CENTRO DE SALUD).

3.1. DISTANCIA EN TIEMPO

Al analizar el tiempo que invierte la población, se encontró que el 68% de la población utilizó una hora o menos.

En el Area 5-7, el 21% utilizó entre 11-20 minutos,

el 66% entre 21-60 minutos, para un 87% de la población que requiere una hora o menos para llegar del Puesto al Centro de Salud, ubicándose dentro del parámetro aceptado.

En el Area 8.2, muestra un 27% entre 1-10 minutos, 18% entre 11 - 20 minutos y 54% entre 21-60 minutos, para un 100% de la población que utiliza una hora o menos.

En el Area 11.1 se observó un caso (100 %) que tardó más de una hora para llegar del Puesto al Centro de Salud, por tratarse de una sola observación no permite comparación con las otras Areas de Salud.

En el Area 11.2, el 52% se encuentra a una hora o menos y el 48% utiliza más de una hora.

Se aplica la prueba de Chi Cuadrado (χ^2) entre las Areas 5-7 y 8.2 encontrándose que hay diferencia significativa ($P < 0.05$). Entre las Areas Rurales 11.1 y 11.2 se considera que la primera no tiene las suficientes observaciones para realizar comparaciones con la segunda. (Ver tabla N°9).

3.2. TIPOS DE VIAS DE COMUNICACION

Analizando las vías de comunicación que utiliza la

población para llegar del Puesto al Centro de Salud se observa que el 80% de la población utiliza la vía MIXTA, y el 17.7% ASFALTADA O ADOQUINADA, lo que implica facilidad en las vías de comunicación, aún considerando que en la vía de tipo MIXTA se incluyen tramos de vía DE VERANO que está sujeta a las variaciones climáticas.

El análisis entre las áreas indica que el Área 5-7, muestra un mayor uso de la vía ASFALTADA O ADOQUINADA con un 62% en relación con las otras áreas en que el 100% de la población usa la vía MIXTA, encontrándose diferencias significativas entre ambas áreas urbanas ($P \leq 0.01$). (Ver Tabla N°10)

3.3. TIPOS DE TRANSPORTE

En el análisis de los tipos de transporte más utilizados, se observa que un 71% de la población se traslada en BUS, encontrándose en el análisis interno de las áreas, que en el Área de Salud 5-7 el 48% de la población lo hace en BUS; en el Área 8.2., a pesar de que el 73% de la población lo hace A PIE no significa cercanía entre el Puesto y el Centro de Salud y podría estar señalando dificultades en los otros tipos de transporte; en el Área 11.1 el número de observaciones es tan reducido (un caso) que no resulta --

factible la comparación con las otras Areas. En el Area 11.2., el 100% de la población utilizó el BUS.

Se aplicó la prueba de Chi Cuadrado (χ^2) revelando diferencias significativas, tanto entre las urbanas - con un $P < 0.01$; como entre las rurales ($P < 0.001$) (Ver Tabla N°11).

3.4. COSTOS DEL TRANSPORTE.

Al analizar los costos del transporte se encontró -- que el 55% de la población invierte entre 200-500 -- Córdobas, esto está relacionado directamente al tipo de transporte que más se utiliza que es el BUS en el Area Rural, recayendo el mayor peso en el Area 11.2., ya que en las urbanas los mayores porcentajes están - en el Area de Salud 5-7 en el rango de 10 Córdobas - con un 59% y en el Area 8.2 con un 73% en el rango de nulidad asociado al uso del tipo de transporte de BUS y A PIE respectivamente.

Entre las Areas urbanas no hay diferencia significativa ($P > 0.05$), en cambio entre las rurales sí - hay diferencia significativa con un $P < 0.001$.

Cabe señalar que no se estudió qué peso específico -- tiene el costo en la distribución del ingreso socio-económico, lo que limita el análisis del costo.

(Ver Tabla No. 12)

2. ASPECTOS FUNCIONALES

Para el abordaje de los aspectos funcionales se identificó el horario en que se brinda atención en algunos programas prioritizados, los cuales dan cumplimiento a lo establecido en las políticas en relación a dar prioridad al binomio Madre-Niño: Control Prenatal, Control de Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones y la morbilidad pediátrica y de adulto.

A lo interno de cada Area y partiendo de las actividades mencionadas, se observa diversidad tanto en el horario como en el número de horas en que se brinda atención en los servicios. En Control Prenatal encontramos que el Area de Salud 3.2 inicia a las 8:00 A.M. al igual que en el Area 11.2, pero en la primera concluye a las 12:00 M.D. y en la segunda a las 3:00 P.M.; lo que hace una diferencia de tres horas en la oferta de los servicios. (Ver Tabla N°13); esto implica que la población del Area 3.2. tiene menos oportunidad de acceder al servicio. El Area 5-7 inicia a las 7:00 A.M. y concluye a las 12:30 P.M. para un total de 5.5 horas de oferta. El Area 8.2., oferta cinco horas en un horario de 7:00 A.M. a 12:00 M.D. y el Area 11.1 de 8:30 A.M. a 3:00 P.M., para un total de 6.5 horas. El mayor número de horas de oferta se ubica en las Areas 11.1 y 11.2.

que son rurales, lo que resulta importante considerando -- las distancias que la población necesita recorrer para obtener un servicio de salud.

En Control de Crecimiento y Desarrollo encontramos horarios entre 8:00 A.M. - 8:30 A.M. y 2:30 P.M.- 3:00 P.M. en las Areas 11.1 y 11.2 para un total de horas de oferta de 6.30- y 7 horas, y en las Areas 5-7 y 8.2 un total de 5.5 horas con horario de 7:30 A.M. a 12:30 P.M. El mayor número de horas de oferta se refleja en las Areas 11.1 y 11.2, que -- son rurales, con 6.5 y 7 horas respectivamente. (Ver Tabla No.14), lo cual resulta importante al considerar las distancias que la población debe recorrer para obtener el servicio.

En Inmunizaciones, en el Area 3.2: encontramos una oferta -- pobre, con solamente 4 horas en horario de 8:00 A.M. a 12:00 M.D., en las Areas 5-7 y 8.2 se inicia a las 7:00 A.M. concluyendo la primera a las 2:00 P.M. y la segunda a las 12:00 M.D. para una diferencia de dos horas (Ver Tabla N° 15).

En las dos Areas rurales (11.1 y 11.2) observamos horarios -- de 8:30 A.M. - 8:00 A.M. a 3:00 P.M. para un total de horas de oferta de 6.5 y 7 horas respectivamente. Las mayores -- cifras en horas de oferta de encuentran en las Areas 5-7, - 11.1 y 11.2 lo que coincide con el hecho de que la población debe recorrer largas distancias para obtener el servicio, --

tomando en consideración que sólo un Puesto de Salud (Area 11.1) oferta este tipo de servicios.

En Morbilidad pediátrica y de adulto se cumplen horarios - de 24 horas con intervalos de receso por los cambios de -- turno, en todas las Areas. (Ver tabla número 16)

Es necesario señalar que los datos en referencia no se -- ajustan a la realidad, pues la observación de los recursos humanos siempre se encuentra mediada por un cambio en la - actitud de los mismos lo que produce sesgo, sinembargo con sideramos que la información es válida.

3. Para este objetivo se identificó la cobertura de los programas Materno-Infantil (Control Prenatal y Control de Crecimiento y desarrollo), Inmunizaciones (Biológicos B.C.G., Antipoliomielítica, Antisarampionosa, D.P.T., D.T., y T.T.) y Morbilidad General, encontrándose lo siguiente:

3.1. PROGRAMA MATERNO-INFANTIL

3.1.1. CONTROL PRENATAL

La mayor cobertura se observa en el Area 5-7- con un 73% y la menor en el Area 3.2 con 32%. Entre las Areas rurales la mayor cobertura se obtuvo en el Area 11.1 con 60%; las áreas restantes (8.2. y 11.2) no alcanzan el 50%. No fue posible valorar la cobertura en base a los esquemas de controles completos - por falta de registros y se usó como numerador el número de primeros controles.

Las bajas coberturas sugieren la atención solamente de la demanda espontánea, la cual es también baja. (Ver Tabla N° 17).

3.1.2. CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

La más alta cobertura alcanzada fue de 18% en el Area 11.2 y la menor en el Area 3.2 con 7%. Entre las Areas urbanas la mayor cobertura se ubica en el -

Area 5-7 con 14%; sin embargo ninguna de las Areas alcanza el 20% lo cual señala una atención sólo de la demanda espontánea que además es baja (Ver Tabla-Nº 17).

En general debe considerarse la posibilidad de subregistro y otras dificultades u obstáculos en la recolección y procesamiento de la información a nivel del Area de Salud.

3.2 PROGRAMA DE INMUNIZACIONES

3.2.1.B.C.G.

La más alta cobertura se observa en el Area 11.1 con 66% seguida de la 8.2 con 62% y la más baja en el Area 3.2 con 7.8%. Como se observa las Areas-3.2, 5-7 y 11.2 no alcanzan el 40% de cobertura.

3.2.2.ANTIPOLIOMIELITICA

El Area 8.2 obtuvo el mayor porcentaje con 89% seguida de la 11.1 con 88% y el más bajo se encuentra en el Area 3.2 con 52.2%. Aquí se observan coberturas de más del 70% excepto en el Area 3.2, porcentaje que se considera está directamente relacionado con las Jornadas Populares de Salud.

3.2.3.ANTISARAMPIONOSA

Ninguna de las Areas alcanza porcentajes arriba

del 21%; el más alto porcentaje alcanzado para todas las Areas se observa en el Area 8.2 con 21%, en contraposición con el Area 3.2 con 10%.

3.2.4.D.P.T.

El más alto porcentaje de cobertura se observa en el Area 8.2 con 36% y el más bajo en el Area 3.2 con 15%.

3.2.5.D.T.

El 20% es la cobertura más alta y corresponde al Area 11.2 y la menor es de 7% en el Area 11.1. Entre las urbanas la más alta cobertura se encontró en el Area 8.2 con 18%.

3.2.6.T.T.

El 15% es la más alta cobertura y corresponde al Area 5-7 y la más baja en el Area 3.2 con 5%.

Los bajos porcentajes en B.C.G., Antisarampionosa, - D.P.T., D.T y T.T. sugieren la atención de una baja demanda espontánea. En B.C.G., indica pobre trabajo con la población y las parteras populares. Es de señalar que aún cuando los biológicos Antipoliomielítica, Antisarampionosa y D.P.T. son aplicables practicamente al mismo grupo de edad y se administran conjuntamente en Jornadas Populares de Sa-

lud, sus coberturas resultan con diferencias notables lo que apunta a posibles problemas en la organización del -- servicio, aceptación de la población y efectos de la propaganda o educación popular en salud, que ha tenido mayor énfasis para la vacuna Antipoliomielítica.

Se observa una cobertura muy baja en D.T. y T.T. lo que parece apuntar hacia un pobre trabajo de terreno, ya que ambos biológicos se han venido aplicando en Escuelas, Fábricas o empresas ubicadas en las Areas.

Por otro lado y de manera general debe tomarse en consideración las posibilidades de sub-registro y otras dificultades a nivel del Area de Salud. (Ver Tabla N°18).

3.3. MORBILIDAD

La Más alta cobertura se observa en el Area 5-7 con 37% y la más baja en la 8.2 con 9%; entre las rurales el Area 11.2 presenta la más alta cobertura con 29%.

En vista de que no se registran las primeras consultas de la Morbilidad Pediátrica y de Adulto por separado, así como las emergencias, no es posible conocer el comportamiento diferencial.

En general las coberturas no alcanzan el 40% en ninguna de las Areas, a pesar de que la Morbilidad ha -

recibido tratamiento especial durante el año 1987, -
con horarios de oferta de 24 horas. (Ver tabla N°19).

PARA EL OBJETIVO CUATRO

4. ASPECTOS GEOGRAFICOS Y FUNCIONALES EN RELACION CON COBERTURA.

Para el análisis de este objetivo se tomó en consideración que de las cinco Areas de Salud, solamente en la 11.1 se encontró un Puesto de Salud que oferta a la población todas las actividades seleccionadas de los programas estudiados, por lo que se aplicó coeficiente de correlación a la media de la distancia en tiempo, la mediana del costo del transporte (aspectos de la accesibilidad geográfica) con las coberturas de cada uno de los programas seleccionados, en relación a las características de acceso geográfico desde la comunidad al Centro de Salud. Así mismo se aplicó coeficiente de correlación y Análisis de Varianza a la media del número de horas de oferta observada en los servicios (aspecto funcional) con la cobertura de los mismos.

Como puede observarse (Ver Anexo N°3) de los resultados de la aplicación del Índice de Correlación, las distancias en tiempo explica las coberturas alcanzadas en los diferentes programas solamente en porcentajes muy bajos. Esto resulta comprensible si se considera que las distancias en tiempo se encuentran dentro del parámetro aceptado de una hora y podría indicar problemas en otros aspectos.

Los porcentajes que se observan en el Anexo Número 4 revelan que el costo del transporte no explica las coberturas alcanzadas en los diferentes programas, ya que estos son sumamente bajos.

Esto es explicable si se parte de que los costos del transporte se consideran bajos y por lo tanto no constituyen obstáculo para la accesibilidad geográfica y podrían estar señalando problemas en otros aspectos.

Los valores obtenidos en el Anexo Número 5 resultan sumamente bajos en la explicación de la cobertura por el horario de atención lo que podría deberse a que el azar nos ha presentado aquellos casos en que la correlación no se manifiesta, considerando que el número de observaciones es pequeño.

Por otro lado cabe mencionar que hay otros aspectos funcionales no estudiados en la presente investigación -- que pudieran afectar los porcentajes de cobertura.

CAPITULO VIII. CONCLUSIONES

- 8.1. En general no se observan dificultades de importancia en los aspectos relacionados con la accesibilidad geográfica desde la comunidad al Puesto de Salud, ya que el 97% de la población se traslada A PIE aunque esto no exprese cercanía o facilidad absoluta, si re-presenta costos directos de "Cero" en el transporte.

Por otro lado se confirma lo antes dicho, si se toma en consideración que las distancias en tiempo se encuentran en su mayoría ~~dentro~~ del parámetro aceptado de una hora (98%), aún a pesar de que la vía más utilizada es la vía MIXTA que contiene vías de los tipos ADOQUINADA, ASFALTADA y DE VERANO; siendo esta -- última la que presenta variaciones de su facilidad de uso en relación a las condiciones climáticas.

No se observan diferencias a lo interno de las Areas en cuanto a las distancias en tiempo; tipo y -- costo de transporte. Las diferencias se encuentran -- en el tipo de vía de comunicación a expensas de un -- Area rural (11.1) en que el 100% utiliza vía DE VERANO y un Area urbana (8.2.) con 61%.

- 8.2. El 64% de la población requiere una hora o menos para trasladarse de la comunidad al Centro de Salud y utiliza el tipo de transporte A PIE (75%), con costos

directos de transporte nulos en el mismo porcentaje. Esto nos muestra que no existen dificultades serias en la accesibilidad aún cuando el 58% utiliza vías de comunicación MIXTA, que como ya se dejó dicho está sujeta a las variaciones climáticas en cuanto a su facilidad de uso.

A lo interno de las Areas se observa una diferencia importante en cuanto a las distancias en tiempo, en el Area 11.1 donde el 94% de la población requiere más de una hora para trasladarse de la comunidad al Centro de Salud, dificultad que se agrava considerando que el 59% utiliza el tipo de transporte A PIE lo que evidencia dificultades de transporte y largas distancias aunado al hecho de que solamente un Puesto de Salud oferta las actividades de los programas estudiados, lo que obliga el traslado hasta el Centro de Salud.

8.3. En lo tocante a las facilidades de acceso de la población desde el Puesto al Centro de Salud, se observa que el 68% requiere de una hora o menos, utilizando en un 71% el tipo de transporte BUS, lo que implica -- costos en el transporte en un 55% entre 200-500 Córdobas y un 80% de vía de comunicación MIXTA. Es necesario señalar que todo el peso del porcentaje global del costo del transporte lo sostiene el Area 11.2.

Entre las Areas se observa que en el Area 11.2 el 52% tarda una hora o menos, lo que sumado al hecho de que el 100% se traslada en BUS con costos entre 200 y 500 Córdobas, podría estar relacionado con dificultades de acceso.

8.4. Las bajas coberturas de Control Prenatal que se observan en las Areas 3.2., 8.2., y 11.2 (inferiores al 48%) indican dificultades para que el servicio llegue a la población al igual que en Control de Crecimiento y desarrollo donde no superan el 18%.

8.5. En el Programa de Inmunizaciones se observan en general, bajas coberturas para todos los biológicos, coberturas que no tienen su explicación en base al horario de atención, ni dificultades en la accesibilidad y que más bien parecen apuntar hacia dificultades en la captación, organización del servicio y coordinación tanto con parteras populares, brigadistas de atención primaria, como con los restantes servicios en la unidad; conocimiento de los trabajadores en relación a las contraindicaciones en la aplicación de los diferentes biológicos y rechazo a la demanda o baja demanda.

8.6. Se observan bajas coberturas en morbilidad, lo que no es explicado por razones de la accesibilidad --

geográfica o del horario de atención y que podrían ser efectos de la organización del servicio o aceptación de la población.

8.7 Las coberturas observadas en los diferentes programas no pueden ser explicadas por las distancias en tiempo, costos de transporte y horario de oferta, lo cual apunta hacia dificultades en otros aspectos.

8.8. Las diferencias encontradas en la información proveniente de los diferentes registros estadísticos podrían estar siendo afectados por sub-registro u otros problemas del registro.

CAPITULO IX. RECOMENDACIONES.

- 9.1. Ejecutar investigaciones en relación con los aspectos funcionales de las Areas de Salud.
- 9.2. Elaborar programas de educación popular en salud que permitan mejorar la captación en los programas preventivos.
- 9.3. Para mejorar la cobertura deben abordarse los aspectos funcionales de las Areas de Salud y proseguir la labor orientada a mejorar la accesibilidad cultural.
- 9.4. Ampliar el estudio con una muestra representativa para la Región III.
- 9.5. Mejorar la coordinación entre los diferentes programas para una mayor captación.
- 9.6. Mejorar y homogeneizar los registros de la información.
- 9.7. Dirigir con mayor precisión el trabajo de terreno tanto de manera directa con la población como con los recursos disponibles en la comunidad como parteras, brigadistas de atención primaria; es decir dar un contenido de trabajo orientado hacia mejorar la captación en relación a los programas priorizados.

CAPITULO X BIBLIOGRAFIA.

10.1. BIBLIOGRAFIA CITADA

1. Higiene Social y Organización de la Salud Pública.
Varios Autores., Editorial Mir Moscú. 1984.
Págs. 51-52.
2. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud.
Nº23. Septiembre - Diciembre 1982. Pág.130.
3. Konstantin L. Fundamentos de Filosofía Marxista-
Leninista, Materialismo Histórico. Tomo II. Edi-
torial Ciencias Sociales. La Habana 1980. Pág. 35.
4. Idem. Pág. 37.
5. Planificación de la Economía Nacional. Editorial
Progreso. Moscú 1981. Pág. 266.
6. Idem Pág. 267.
7. Escalona Reguera, Mario. Temas de Administración
de Servicios y Programas de Salud Pública.
Pág. 266.
8. Castellanos, Pedro L. Abordaje Integral de la Sa-
lud-Enfermedad en Poblaciones Humanas. CIES-MINSA
Nicaragua. Junio 1983. Pág.13
9. Bravo, Alfred. Regionalización, Organización y

Funcionamiento Coordinado de los Servicios de Salud
en las Zonas Rurales y Urbanas. O.P.S. 1984.
Pág. 3.

10. Idem. Pág. 273.

11. Castellano Robayo, Jorge. Situación de Cobertura, -
Niveles de Atención Primaria. O.P.S. 1977. Pag.482.

12. Idem. Pág. 483.

13. Idem. Pág. 484.

14. Descentralización de los Servicios de Salud. Infor
me Final y Documentos. 18-22 Mayo de 1987. O.M.S.
O.P.S. y Ministerio de Salud y Acción Social. Re-
pública de Argentina.

10.2. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.

1. Atención Primaria de Salud. Informe. O.M.S. Gine
bra. 1978

2. Apuntes de Historia de Nicaragua. Volúmen II.
"El significado Histórico del 19 de Julio."

3. Atención Primaria de Salud en Nicaragua. Evolución
Histórica. Logros y Dificultades. Dirección Nacio
nal de Atención Médica.

4. Arauca, Sergio. *La Salud en Sociedades en Transición*. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud. Enero-Abril 1982: N°21. CSUCA.
5. Barreto, Rafael y Troncoso, María del Carmen. *Extensión de Cobertura y Atención Primaria*. SESPAS, República Dominicana, 1980.
6. Carnota, Orlando. *Principios de la Administración*. CIES, 1983.
7. Castellano, Pedro Luis. *Estado y Política de Salud*. Revista Latinoamericana de Ciencias de la Salud. México 1982.
8. *Desarrollo de la Organización del trabajo en las Areas de Salud*. "Implantación del Plan Integral de Actividades del Area de Salud". Ministerio de Salud. Atención Primaria.
9. *Descentralización de Servicios de Salud*.
Tema: El Estado y los Servicios de Salud.
Serie Desarrollo de Servicios de Salud. N°17.
10. García, Juan Cesar. *Medicina y Estructura Social*. Colección SESPAS. Serie Salud y Comunidad. República Dominicana, 1980.

11. Gushiani. Organización y Gestión. Editorial Progreso. Moscú. 1973.
12. Hermida, C. Planificación y Ciencias Sociales. Norma, Estrategia y transición. Cuenca. Enero 1983.
13. Informe Dowson. Organización Panamericana de la Salud. 1964.
14. Lisitin y Bakunin. La U.R.S.S., La Sanidad y la Seguridad Social. Editorial Progreso. Moscú. - 1982.
15. Logros y Limitaciones del S.N.U.S. Ministerio de Salud. 1980.
16. Plan de Acción. O.P.S. / O.M.S. 1982.
17. Plan de Salud 1982. Ministerio de Salud.
18. Plan de Salud 1984. Ministerio de Salud
19. Plan de Salud. Región III. 1987.
20. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud. N°21. Enero - Abril 1982.
21. Sistema Nacional Unico de Salud. Tres años de - Revolución 1979-1982. MINSA, Nicaragua 1982.

CAPITULO XI. RESUMEN

Los servicios de salud existentes antes del triunfo revolucionario se caracterizaron por su desintegración, por un --
abordaje de la problemática de salud de la población con un
enfoque curativo, acorde con la lógica del sistema; dejando
descubierto amplios sectores de población aún en una zona -
de concentración de servicios de salud, como es la del Pací-
fico.

El triunfo de la Revolución Popular Sandinista, ha permiti-
do revertir esta situación con un plan de extensión de los
servicios, que estableció como requisito previo la regiona-
lización de los servicios de salud y su descentralización -
ejecutiva, ambos como elementos estratégicos para garanti-
zar el futuro desarrollo de los programas de salud y su ade-
cuación en cada territorio.

La extensión de cobertura fue concebida como una estrategia
que permitiera transformar el modelo de atención que se ha-
bía desarrollado en el Somocismo con el propósito de "... -
contribuir a resolver los problemas de salud de la pobla-
ción nicaraguense...", a través de la ampliación de la cober-
tura de Atención Primaria, el mejoramiento de la red del --
Sistema Único de Salud, la contribución a la consolidación -
del sub-sistema de referencia y contrareferencia y la amplia-
ción de la cobertura de los servicios en el nivel de Aten--

ción Primaria.

La presente investigación pretende alcanzar una primera exploración al conocimiento de las características de la accesibilidad geográfica en relación con algunos aspectos funcionales de los servicios de salud de las Areas de Salud de la Región-III, dada su importancia como centro de concentración de población y de servicios de salud en relación con el resto del país.

El estudio es descriptivo, de corte transversal, cuyo universo fueron las Areas de Salud de la Región III, seleccionando cinco Areas de Salud al azar incluyendo en la muestra 815 -- personas encuestadas para el conocimiento de los aspectos geográficos; además se realizó la observación directa de algunos aspectos funcionales y la revisión documental para obtener -- los datos necesarios que permitan construir el indicador Cobertura de los Programas Materno Infantil (Control Prenatal, Control de Crecimiento y Desarrollo), Inmunizaciones (Biológicos: B.C.G., Antipoliomielítica, Antisarampionosa, D.P.T., D.T., T.T.) y de Morbilidad.

Se recolectó la información entre el 23 de Noviembre y el 11 de Diciembre de 1987, aplicando un cuestionario a las 815 personas para la accesibilidad geográfica en los barrios que resultaron seleccionados en la aplicación del método de determinación de la muestra por Cluster y un segundo cuestionario --

para recolectar la información relacionada con los aspectos funcionales y la producción de servicios, en las unidades de salud de las Areas que brindaban atención relacionada -- con los programas estudiados.

Las variables estudiadas fueron los aspectos de la accesibilidad geográfica, los aspectos funcionales y la cobertura alcanzada en las Areas de Salud.

Como resultado se encontró que en los aspectos geográficos -- la población que asiste a la unidad de salud en su mayor parte utiliza menos de una hora. (98% al Puesto de Salud, 64% -- al Centro de Salud, 68% del Puesto al Centro de Salud), ubicándose dentro del parámetro aceptado, siendo la via de comunicación más utilizada la de tipo MIXTA (ASFALTADA O ADOQUINADA Y DE VERANO). El mayor tipo de transporte que se utiliza es A PIE, por lo tanto los costos directos de éste son -- nulos.

En el aspecto funcional estudiado el mayor número de horas ofertadas de las actividades seleccionadas, se brinda en el horario de la mañana con un promedio de cuatro horas, con un mayor número en la tarde por parte de las Areas Rurales; la consulta de morbilidad se brinda las veinticuatro horas del día con intervalos de receso por cambios de turnos.

En las coberturas observadas, de las actividades selecciona

das, se consideran bajas y no son explicadas por el horario ofertado en las unidades de salud.

En la correlación de la accesibilidad geográfica y el aspecto funcional estudiado con las coberturas, se encontró que éstos no están incidiendo de manera directa para que se dé una mayor o menor cobertura. Se considera que son otros aspectos funcionales no estudiados los que podrían estar incidiendo de manera directa en las coberturas alcanzadas.

CAPITULO XII. ANEXOS.

1.2.3.- Que tipo de vía de comunicación existe en la comunidad para llegar del puesto de salud o casa base al Centro de Salud.

- | | |
|--|---------------|
| -Calle o Carretera Asfaltada | SI ___ NO ___ |
| -Calle o Carretera con Asfaltado Hidráulico. | SI ___ NO ___ |
| -Calle o Carretera Macadamizada | SI ___ NO ___ |
| -Calle o Carretera Adoquinada | SI ___ NO ___ |
| -Calle o Carretera de Verano. | SI ___ NO ___ |

1.3.-Tipo de Transporte

1.3.1.-m Que tipo de transporte es el que más utiliza para llegar de su casa al puesto de salud o casa base?

- | | |
|------------------|-----------------------------|
| -Bus _____ | - Vehículo Particular _____ |
| -Ferrobús _____ | - A Pié _____ |
| -Taxi _____ | - A Caballo _____ |
| -Camioneta _____ | |

1.3.2.-Que tipo de transporte es el que más utiliza para llegar de su casa al Centro de Salud?

- | | |
|-----------------|-----------------------------|
| -Bus _____ | - Vehículo Particular _____ |
| -Ferrobús _____ | - A Pié _____ |
| -Taxi _____ | - A Caballo _____ |

1.3.3.- Que tipo de transporte es el que más utiliza para llegar del Puesto de salud o casa base al Centro de Salud?

- | | |
|------------------|-----------------------------|
| -Bus _____ | - Vehículo Particular _____ |
| -Ferrobús _____ | - A Pié _____ |
| -Taxi _____ | - A Caballo _____ |
| -Camioneta _____ | |

1.4.- Costo del Transporte

1.4.1.- Cuanto dinero le cuesta el transporte para llegar de su casa al puesto de salud o casa base?

1.4.2.-Cuanto dinero cuesta el transporte para llegar de su casa al centro de salud?

1.4.3.- Cuanto dinero le cuesta el transporte para llegar del pues
to de salud o casa base al centro de salud?

PAG. N° . 1 .

A/S.

FECHA:

ENCUESTADOR:

2.1.1. M.I.

T(AT

2. ESPECTOS FUNCIONALES

2.2.2. PROGRAMA : INMUNIZACIONES

ENCUESTADOR:

[illegible]

INSTRUMENTO N° 2.

A/S.

UNIDAD DE SALUD:

FECHA:

ENCUESTADOR:

COBERTURA

II. MORBILIDAD.

1° CONSULTA PEDIATRIA						TOTAL CONS. PEDIATRIA						1°, CONS. ADULTO						TOTAL CONS. ADULTO						TOTAL CONSULTAS					
Nº.	M.	%	P		%	Nº.	M.	%	P		%	Nº.	M	%	P		%	Nº.	M	%	P		%	Nº.	M	%	P		%
ICDO																													
JRI																													
JRI																													
JRI																													
A																													

2. ASPECTOS FUNCIONALES.

2.2. UBICACION DEL SERVICIO.

2.2.1. DIAGRAMA DE LA UNIDAD.-

A.S.:

U/S:

FECHA:

ENCUESTADOR:

A/S

2.2.2.- Espacio *

- Existe sala de espera para el servicio estudiado

SI _____ NO _____ N° _____

- Existen asientos en la sala de espera del servicio estudiado

SI _____ NO _____ N° _____

-Existe servicio higiénicos para el servicio estudiado.

SI _____ NO _____ N° _____

-Existe espacio para recepción de pacientes en el servicio es

tudado.

-N° De Cubículos para el servicio estudiado

-M.2 Por Cubículo del servicio Estudiado.

-A que distancia se encuentran ubicados los servicios de apoyo

del servicio estudiado.

FARMACIA _____

RX. _____

LABORATORIO _____

OTRO _____

-Existe señalización o buró de información que orienta sobre -

la ubicación del servicio estudiado.

SI. _____ NO _____

* NOTA : ESTA PAGINA DEBE APLICARSE POR SERVICIO ESTUDIADO.

2.2.3.- CONTROL PRENATAL.

-Existe tensionamiento por cubículo del servicio de control pre

natal ?

SI _____ NO _____ N° _____ ?

-Existe estetoscopio por cubículo del servicio de control pre

natal ?

SI _____ NO _____ N° _____ ?

-Existe mesa ginecológica por cubículo de control prenatal. SI ____ NO ____ N° ____ ?

-Existe Divan por cubículo de control prenatal SI ____ NO ____ N° ____ ?

CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

-Existe balanza para lactantes por cubículo de CCD? SI ____ NO ____ N° ____

-Existe balanza para pie con tallmetro por cubículo de CCD? SI ____ NO ____ N° ____

-Existe infantometro por cubículo de CCD? SI ____ NO ____ N° ____

-Existe sinta métrica extensible por cubículo de CCD? SI ____ NO ____ N° ____

-Existe termómetro por cubículo de CCD? SI ____ NO ____ N° ____

-Existe estetoscopio por cubículo de CCD? SI ____ NO ____ N° ____

-Existe refrigerador para el servicio de inmunizaciones ? SI ____ NO ____ N° ____

-Enumere el material de reposición disponible para el servicio de inmunizaciones. SI ____ NO ____ N° ____

-Existe en el servicio biológicos para vacunar contra : SI ____ NO ____ N° ____

BCG-	SI	NO	N°	_____	_____	_____
POLIO	SI	NO	N°	_____	_____	_____
SARAPION	SI	NO	N°	_____	_____	_____
DPT	SI	NO	N°	_____	_____	_____
DT	SI	NO	N°	_____	_____	_____
LT	SI	NO	N°	_____	_____	_____

Existe en el servicio biológicos para vacunar contra : M M

-Existe estetoscopio obstetrico por cubiculo de control prena-
tal ?

SI, ____ NO. ____ N°. ____ ?

-Existe Balanza de pie con tallimetro por cubiculo del servi-
cio de control prenatal.

- MORBILIDAD PEDIATRICA.

-Existe balanza para lactantes por cubiculos del servicio de -
consultas estudiado ?

SI, ____ NO. ____ N°. ____

-Existe balanza de pie con tallimetro por cubiculo de consulta-
estudiado ?

SI, ____ NO. ____ N°. ____

- Existe baja lenguas por cubiculo de consulta estudiado ?

SI, ____ NO. ____ N°. ____

-Existe termómetro por cubiculo de consulta estudiado?

SI, ____ NO. ____ N°. ____

-Existe termómetro por cubiculo de consulta estudiado?

SI, ____ NO. ____ N°. ____

-Existe estetoscopio por cubiculo de consulta estudiado?

SI, ____ NO. ____ N°. ____

-Existe esfigmomanometro por cubiculo del servicio de consulta
estudiado ?

SI, ____ NO. ____ N°. ____

-Existe otoscopio por cubiculo del servicio de consulta estu-
diado. ?

SI, ____ NO. ____ N°. ____

INSTRUMENTO N°. 2. (CONT.).

A/S _____

SERVICIO _____

-MORBILIDAD DE ADULTOS.

_Existe mesa para exámen físico para el servicio estudiado?

SI. _____ NO. _____ N°. _____

-Existe termómetro para el servicio estudiado?

SI. _____ NO. _____ N°. _____

-Existe tensiómetro para el servicio estudiado?

SI. _____ NO. _____ N°. _____

-Existe estetoscopio para el servicio estudiado?

SI. _____ NO. _____ N°. _____

2.5. FORMAS DE ATENCION.

FLUJOGRAMA.

AS. _____

UNIDAD/SALUD _____

FECHA. _____

ENCUESTADOR _____

- ESPERA (ANTES DE LA CLASIFICACION) _____
- DURANTE LA CLASIFICACION _____
- ESPERA (ENTRE CLASIFICACION Y ADMISION) _____
- ESPERA (ENTRE ADMISION Y CONSULTA) _____
- CONSULTA _____

- ESPERA ENTRE LA CONSULTA Y LA ATENCION _____
- EN LOS SERVICIOS DE APOYO.

* FARMACIA _____

* RAYOS X. _____

* LABORATORIO. _____

* OTRO. _____

2.6. LISTAS DE ESPERA

- CONTROL PRENATAL. _____
- C.C.D. _____
- MALARIA. _____
- MORB. PEDIATRIA. _____
- MORB. ADULTO. _____

ANEXO No. 4

MEDIANA DEL COSTO - COBERTURA

C C	P N	C C.D	B C G	A P	A S	D P T	D T	T T	MORBILIDAD
h	0.26	-0.019	0.40	0.45	0.48	-0.36	-0.32	-0.40	0.17
80	6.76	-0.0361	16	20.25	23.04	12.96	10.24	16	2.89

ANEXO No. 5

MEDIA DE HORAS DE OFERTA - COBERTURA

CC	PN	CCD	BCG	AP	AS	DPT	DT	TT	MORBILIDAD
n	0.48	0.46	0.26	0.47	0.071	-0.086	0.11	0.57	0.00
%	23.04	21.16	6.76	22.09	0.5041	0.7396	1.21	32.49	0